

# アレルギー性鼻炎（花粉症） 問診票

記入日	年 月 日
ID	
名前	

◎今まで花粉症で医療機関を受診したことがありますか？ （ ある ・ ない ）

◎症状はいつからはじまりましたか？ （ 月 / 初旬 ・ 中旬 ・ 下旬 ）

◎現在（あるいは症状がある時）のアレルギー性鼻炎の症状にそれぞれ○をつけて下さい。

	とてつもなく つらい (最重症)	とてもつらい (重症)	つらい (中等症)	少しつらい (軽症)	無症状
くしゃみ回数(回/日) *連続したものは 1回と数える。	21回以上	11～20回	6～10回	1～5回	0回
鼻かみ回数(回/日) *連続したものは 1回と数える。	21回以上	11～20回	6～10回	1～5回	0回
鼻づまり	1日中 完全に つまる	非常に強くて 口呼吸を かなりする	強くて 口呼吸を 時々する	少しつまるが 口呼吸は ない	ない

◎眼の症状【 かゆい、ごろごろする、はれぼったいなど 】はありますか？ （ ある ・ ない ）

◎今までに服用したことのある内服薬、点鼻薬、点眼薬はありますか？  
ある （ 名前 / ）  
ない

◎今まで服用した薬で副作用はありましたか？  
ある （ 名前 / ）  
ない

◎次の病気にかかったことがありますか？  
 ▶気管支喘息 （ 現在かかっている ・ 過去にかかっていた ・ まったくない ）  
 ▶アトピー性皮膚炎 （ 現在かかっている ・ 過去にかかっていた ・ まったくない ）  
 ▶食物アレルギー  
現在かかっている ・ 過去にかかっていた （ 原因の食べ物 / ）  
まったくない

◎花粉症以外のアレルギー性鼻炎や結膜炎はありますか。あればその原因は何ですか？  
ある・・・原因 / ホコリ、ダニ、イヌ、ネコ、その他 （ ）  
あると思うが原因はわからない  
ない

◎次のアレルギー疾患がありますか？  
 ▶金属アレルギー （ ある ・ あるかもしれない ・ ない ）  
 ▶金属アレルギー以外の接触皮膚炎  
ある、またはあるかもしれない （ 原因物質 / ）  
ない

## 日常生活で困っていること

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 症状がつらくて集中できない | <input type="checkbox"/> 睡眠不足の(症状がつらい)ため昼間だるい    |
| <input type="checkbox"/> 夜眠れない         | <input type="checkbox"/> 憂鬱(ゆううつ)な気分になり、やる気がおきない |
| <input type="checkbox"/> いらいらする        | <input type="checkbox"/> その他( )                  |