

予診票（鼻症状）診察に必要な事項です。可能な限り詳細な記載をお願い致します。

氏名

年齢

記入日

月

日

どのような症状ですか？

1. ハナがでる（どのような性状？ 水のように透明 ねばっこい 黄色）
2. ハナが咽頭（のど）のほうに流れる
3. 鼻がつまる（右 左 両方 左右交互に）
4. くしゃみ 鼻の中がむずむずする
5. 鼻血 右 左
(数分で止まった 30分以上続いた 毎日のように出る のどの方に血が多く流れた)
6. 鼻を打った（殴られた）
7. 顔面（ほっぺた）がはれている

症状はいつからですか？

くしゃみ 鼻水 鼻づまり は1年中ありますか？ はい いいえ

季節と関係がありますか？ () 月がひどい

部屋がほこりっぽいと症状がひどいですか？ はい

喘息と言われたことは？ ない ある（現在も治療をうけている？ はい いいえ）

アトピー性皮膚炎と言われたことは？ ない ある（今もある 今はない）

家の中で動物を飼っている？ いいえ はい（それは何ですか？)

今の症状で、他の病院でも診察を受けたことはありますか？

ない ある（病院名)

(診断名は)

現在 飲んでいる薬は？

過去に大きな病気をしたことがありますか？

いいえ はい（病名)

鼻の手術を受けたことは？ ない ある（手術名)

(それはいつ？ 歳の時)

現在、他の病院で通院治療をうけている病気がありますか？

いいえ はい（病院名)

糖尿病 喘息 高血圧 心疾患 ()

心療内科/精神科疾患 ()

その他 ()

【裏へ続く】

ご家族にアレルギー性鼻炎のかたがいますか？

いいえ はい (どなたですか？)

薬を飲んで具合が悪くなったことはありますか？

特に、痛み止め、抗生物質ではいかがですか？

ない ある—薬の名前は？

その症状は？

タバコは吸いますか？ いいえ はい (1日 本, 年間)

処方薬について なるべく多く出して欲しい 必要最少がよい できる限り飲みたくない

ジェネリック医薬品は？ 処方して欲しい あまり好まない 必要ない わからない

その他、伝えたいことがありましたら、どうぞ自由にお書き下さい。