

初 診 申 込 書 (アレルギー性鼻炎用) ID:

初診日：平成____年____月____日

ふりがな

氏 名：_____

生年月日：明・大・昭・平____年____月____日

性別 男 ・ 女

★15 歳以下の方は体重をご記入ください (_____ kg)

電話・ファクス _____ - _____

携帯電話 _____

住所：〒

_____ 県・都 _____ 市・郡・区 _____

受診のきっかけ は 1. 近所だから 2. 看板をみて 3. ホームページをみて 4. 知人の紹介
5. 家族の紹介 6. 市役所内のビデオ広告をみて 7. その他 (_____)

来院の方法は 1. 車 2. 電車 3. バス 4. 自転車 5. 徒歩
駐車場のご利用は 1. 医院の駐車場 2. その他 (_____) を利用した

1. どのような症状ですか

A. 1 日のくしゃみ発作回数 (数回連続するくしゃみの発作を 1 回と数えてください)

・ なし ・ 1～5 回 ・ 6～10 回 ・ 11～20 回 ・ 21 回以上

B. 1 日に何回くらい鼻をかみますか？

・ かまない ・ 1～5 回 ・ 6～10 回 ・ 11～20 回 ・ 21 回以上

C. 鼻づまり

・ なし ・ 鼻閉あり ・ 時々口呼吸あり ・ かなりの時間の口呼吸あり ・ 1 日中完全にあり

D. 目のかゆみ (なし ・ ある)

2. 車の運転はしますか？ (はい ・ いいえ)

3. その他に症状があれば記入してください。 (_____)

4. ご希望のお薬・治療 (内服薬 ・ 点鼻薬 ・ 点眼薬 ・ 手術 (焼灼術))

4' ジェネリック (後発医薬品) のご希望はありますか？ (はい ・ いいえ ・ どちらでもよい)

5. 治療薬についての希望があれば書いてください。※具体名あればその他へご記入ください。

・ 効果の強い薬 ・ 眠気の少ない薬 ・ 値段の安い薬 ・ 1 日 1 回でよい ・ その他 (_____)

6. 現在、治療中の病気または、次の病気の診断をされたことがありますか？

緑内障 (ある ・ なし) 前立腺肥大 (ある ・ なし) 高血圧 (ある ・ なし)

糖尿病 (ある ・ なし) 気管支喘息 (ある ・ なし) 他 (_____)

7. 現在、お薬の服用をしていますか？服用している方は、お薬の名前を記入して下さい。

A 服用している (薬剤名 _____) B 服用していない

8. 過去にお薬で、副作用がでたことはありますか？

A ある (薬品名 _____) B なし

9. 妊娠していますか？ (はい ・ いいえ) 授乳していますか？ (はい ・ いいえ)



ご記入ありがとうございました。恐れ入りますが受付にお持ちください。
ご不明なところは、受付に声をかけて下さい。よろしくお願いいたします。