

花粉症の治療のために受診された患者さんへ

より良い診察・治療を受けて頂くために、以下の質問にお答え下さい

(□にチェックの上、必要箇所への記入をお願いします)

1. 過去に花粉症の診断を受けたことがありますか？

- ある … 採血・皮膚テストなどで原因を調べた
何が原因でしたか？(_____)
- 医師に“花粉症です”と診断されたが原因は調べていない
- ない … 過去の症状から花粉症だと思う
症状が出る期間を教えてください(_____月頃～_____月頃まで)
- 初めて花粉症になったかもしれない

2. 過去に花粉症の薬を使用したことがありますか？(該当する部分は重複してお答え下さい)

- ある … 医師に処方を受けていた
処方を受けたものにチェックし、薬の名前を覚えていれば教えてください
(内服_____)
- (点鼻薬_____)
- (点眼薬_____)
- 市販の薬を使用していた
- その他(_____)
- ない

3. 家族・血縁の方に花粉症の人はいますか？

- いる
- いない

4. 過去に花粉症の薬・風邪薬などを服用して、眠たくなったりだるくなったりしたことがありますか？

- ある
- ない

5. 花粉症の治療についての希望を教えてください(該当する部分は重複してお答え下さい)

- 自身で花粉症の原因を把握し、その原因に沿った治療を受けたい
- 治療を受けられれば、特に検査などはしなくてもいい
- 強い薬でも構わないので、少しでも楽になりたい
- 強い薬はなるべく飲みたくない
- 花粉症の症状を軽減するための手術を検討したい
- その他(_____)