

アレルギー性鼻炎・花粉症の方の質問票

きちんと症状を伝えることが自分に合った治療の近道になります。

それぞれ当てはまるものにすべてチェック☑してください。

この症状はいつの時点のものですか？ 最近1週間 昨年

症状に関する Check

くしゃみ 1日のくしゃみ発作の回数は？

なし 1～5回 6～10回 11～20回 21回以上

鼻みず 1日に鼻をかむ回数は？

なし 1～5回 6～10回 11～20回 21回以上

鼻づまり 鼻づまりの程度は？

なし 口呼吸するほどではない 口呼吸をときどきする

口呼吸をかなりする 1日中完全につまっている

眼の症状 眼のかゆみなどの症状は？

なし 軽い症状がある やや重い症状がある 重い症状がある

症状が出る（つらくなる）時間帯

起床時 日中 夜 睡眠中

原因に関する Check

症状が出る時期は？

春 初夏 秋 1年中

ホコリっぽい場所に行くときくしゃみが出ますか？

出ない まれに出る だいたい出る 必ず出る

ネコやイヌなどのペットを飼っていますか？

飼っていない ネコを飼っている イヌを飼っている それ以外のペットを飼っている

アレルギーの原因を調べる検査を受けたいですか？

すでに受けたことがある ぜひ受けたい まずは相談したい 特に受けたくない

その他の Check

現在治療中の病気はありますか？

はい 病気の名前（ ） いいえ

現在（または以前に）鼻炎治療で病院からお薬（点鼻・飲み薬）を処方されていますか？

はい 薬の名前（ ） いいえ
(わかる場合はお書きください)

現在（または以前に）薬局・ドラッグストアで買った鼻炎のお薬（点鼻・飲み薬）を使っていますか？

はい 薬の名前（ ） いいえ
(わかる場合はお書きください)

車の運転や、集中力が必要な作業をしますか？

毎日する 時々する しない

Checkしたら、診察時に医師にお見せください。