

アレルギー問診票

最も困る症状に◎、困っている症状に○をつけてください

くしゃみ 鼻水 鼻づまり 目のかゆみ のどのかゆみ 咳



Yuge E.N.T.

原因としてわかっているものがあれば○をつけてください

スギ ヒノキ ダニ ハウスダスト ハルガヤ ブタクサ
その他

ご希望の薬があれば、ご記入下さい。

今まで使った薬で効果が不十分であったものがあれば○をして下さい。

アレグラ ジルテック タリオン アレロック エバステル アレジオン クラリチン

眼薬は希望されますか？

希望する 希望しない

コンタクトレンズは使用されますか？

使用する 使用しない

点鼻薬は続けて使用することで効果が得られます。点鼻薬を希望されますか？

希望する 希望しない

アレルギーの採血検査を希望されますか？(小学生以上、1週間かかりますが、項目が選べ、7段階評価)

希望する 希望しない

20分で分かる指先検査をご希望されますか(全年齢、ダニ、スギ、ブタクサ等8項目に限られ、3段階評価)

希望する 希望しない

舌下免疫療法を希望されますか？

(2014年～保険適用になった最新のアレルギー性鼻炎の治療法です)

希望する 希望しない どの治療法か知りたい

ご協力ありがとうございました。