

ふりがな 名 前 (男・女)	明・昭 年 月 日 生まれ (年齢 歳) 大・平 12歳以下のお子様 (体重 kg)
住 所 〒	電話 ( ) 携帯

1. 当院では、耳・鼻・のどの病気や治療、日常を健康に過ごすコツなどの情報をお届けしています。ご希望の方はメールアドレスをご記入ください。

E-mail @

携帯メールの方、PCメールでの迷惑メール防止機能をお使いの方は yahoo.co.jp ドメインおよびURLリンク付きメール受信が可能かどうかを事前にご確認ください。

2. 当院をお知りになったきっかけは？ (複数回答可)

- ①家族から聞いて (家族 \_\_\_\_\_ 様から通っているから)    ②知人 \_\_\_\_\_ 様から聞いて
- ③他の医療機関から聞いて    ④近所・通りがかり    ⑤看板・電柱の看板を見て    ⑥バスのアナウンス
- ⑦当院のホームページ (当てはまるものに○をつけてください: パソコン スマートフォン 携帯)
- ⑧Facebook    ⑨Yahoo 広告    ⑩Google 広告    ⑪おかコミ    ⑫ウィメンズパーク
- ⑬その他ホームページ ( \_\_\_\_\_ )    ⑭iタウンページ    ⑮チラシ    ⑯その他 ( \_\_\_\_\_ )

3. 以下の検査や治療を希望される方は○をおつけください。

- 20分でわかる花粉症検査
- スギ花粉症を治す治療 (6月~11月のみ実施)
- 補聴器の調整や購入の相談
- 睡眠時無呼吸の検査や治療

4. 本日はどのような症状で受診されましたか？

- 耳の症状: (どちらの耳が) 右耳 左耳 両方の耳
- 耳が痛い    耳だれが出る    耳がかゆい    聞こえが悪い
  - 耳がふさがった感じがする    耳鳴りがする    めまいがする (ぐるぐる ふわふわ)
- 鼻の症状: 鼻水がでる (水のよう ねばい 膿のよう)    鼻がつまる    くしゃみがでる
- 鼻血 (右 左 両方)    匂いがしない    鼻が痛い    ほほが痛い (右 左 両方)
- のどの症状: 息がしにくい    のどが痛い    のどに何かある感じ    のみこみにくい    声がかれる
- 口内炎ができた    舌が痛い    咳が出る    たんが出る    味がわからない
- 全身症状: 熱がある ( \_\_\_\_\_ 度 \_\_\_\_\_ 分)    いびき    夜中に息が止まる    体がだるい    気分がわるい
- 頭が痛い    頭が重い    吐き気がする    目のかゆみ    機嫌が悪い    夜泣き
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

5. その症状はいつごろからですか? 今日から ( ) 日前から ( ) ヶ月前から ( ) 年前から

6. すでに他の医療機関で治療を受けましたか?

いいえ    はい (いつ: \_\_\_\_\_    どの病院: \_\_\_\_\_ )

7. 今までにかかった病気があれば、教えてください。 熱性けいれん    糖尿病    高血圧    前立腺肥大

ぜんそく    小児ぜんそく    花粉症    アレルギー性鼻炎    食物アレルギー ( \_\_\_\_\_ )  
 アトピー    緑内障    その他 ( \_\_\_\_\_ )    手術 ( \_\_\_\_\_ )

8. 現在飲んでいる薬はありますか? あれば教えてください。

いいえ    はい (薬の名前: \_\_\_\_\_ )

9. 今までに薬や注射や点滴や麻酔などで体に異常がおきたことがあれば以下にお書きください。

(薬の種類: \_\_\_\_\_    症状: \_\_\_\_\_ )

10. 女性の方への質問です。

- 現在妊娠していますか?またはその可能性がありますか?    ●現在授乳中ですか?

いいえ    可能性がある    はい ( \_\_\_\_\_ 週間)    いいえ    はい ( \_\_\_\_\_ ヶ月)

11. タバコは 現在吸っている (1日 \_\_\_\_\_ 年間)    吸わない    以前は吸っていた (1日 \_\_\_\_\_ 年間)

12. 保育園や幼稚園に通っていますか?    いいえ ( \_\_\_\_\_ 託児所    保育園    幼稚園 ) に通っている

◎ご記入いただきました個人情報やご回答内容は厳重に管理し、アンケート集計管理、ご案内等以外には使用することはございません。

花粉症・アレルギー性鼻炎問診票

お名前 \_\_\_\_\_

- 1) 花粉症・アレルギー性鼻炎になったのはいつ頃からですか？  
 (            ) 年前から・今年初めて
- 2) 花粉症・アレルギー性鼻炎はどの時期にありますか？  
 (            ) 月頃から (            ) 月頃ぐらいまで
- 3) 今年症状が出てきたのは、いつ頃からですか？  
 (            ) 日前から・まだ症状は出ていない
- 4) 以下の選択肢のうち、現在お困りのものに○をつけて下さい。(複数選択可)  
 鼻水がでる                      鼻がつまる                      クシャミがでる  
 鼻がかゆい                      目がかゆい                      その他 (                              )
- 5) 病院で薬をもらって飲んだことがある ( はい ・ いいえ )  
 はい の方は その薬名 ( アレロック・アレグラ・クラリチン・ザジデン・ジルテック ・  
 その他 \_\_\_\_\_ )  
 ・・・・その薬で眠くなった ( はい ・ いいえ )  
 ・・・・その薬は効いていた ( はい ・ いいえ )
- 5) 鼻のスプレーを希望されますか？ ( はい ・ いいえ )
- 6) 目薬は必要ですか？ ( はい ・ いいえ )
- 7) 普通のコンタクトレンズは使用されていますか？ ( はい ・ いいえ )
- 8) カラーコンタクトレンズは使用されていますか？ ( はい ・ いいえ )  
 注) カラーコンタクトをつけたまま点眼薬は使えません
- 9) 自動車・バイク・原付の運転をしますか？ ( はい ・ いいえ )

希望される飲み薬や点鼻薬の該当する箇所に☑をしてください。

●希望する飲み薬のタイプ (1つお選び下さい。)

- 多少効果が弱くても眠気の少ない薬
- 多少眠気があっても効果の高い薬
- 上記2つの中間の薬
- 内服薬は希望しない (点鼻、点眼のみ希望)

●点鼻薬

- 効果の高いものを希望
- 鼻に刺激があっても点鼻の実感のあるものを希望
- 鼻の刺激が少なく、液だれしない粉タイプのスプレーを希望 (6才以上の方のみ)