

初診申込書(アレルギー性鼻炎用)

ID :

初診日 : _____年____月____日

ふりがな

氏名 : _____ 生年月日 : 大・昭・平・令 _____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 : _____ - _____ 携帯電話 _____ - _____

住所 : 〒 _____
_____都・県 _____市・郡・区 _____

- どのような症状ですか？(ピーク時の症状をご記入ください)
 - 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
 - 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
 - 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
 - 目のかゆみ (なし ・ ある)
- 車の運転はしますか？ (はい ・ いいえ)
- その他に症状があれば記入してください。(_____)
- ご希望のお薬・治療 (内服薬 ・ 点鼻薬 ・ 点眼薬 ・ 手術(焼灼術) ・ 舌下免疫)
- 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(_____)
- 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(_____)
- 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
- 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
- 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)

受診のきっかけ 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 1. 昭和パーキング 2. その他(_____)を利用