

花粉症 (再診) 問診

診察券番号

--	--	--	--	--

フリガナ

お名前 _____ 様

過去に当院で花粉症の治療を受けた方向けです。当てはまる欄に○をつけて下さい

過去と同じ (お薬手帳のある他院含む) 服薬内容でしたら **「2か月分までの長期処方」** や

「薬のみの受診 (診察順が早くなります)」 に対応します。**「薬のみの受診」** で診察順が早

くなった場合は医師への質問はご遠慮ください。使用経験のない薬剤は1か月以内です。

「薬のみ」受診を **希望する** **しない**

「薬のみ」ではない方も希望を記入してください

内服 **日** **悪化時の頓服** **回分 (10回まで)**

点鼻 **本 (1本2週間換算)**

点眼 **本 (1本2週間換算)**

強力な点眼 **本 (1-2本まで)** 強力な点眼のみの処方はできません : 眼科受診を



- ① 前回と同じ内服希望
 - ② 前回より 「強い」 「弱い」 内服希望 (1か月以内の処方になります)
 - ③ 悪化したときの頓服薬希望
 - ④ ジェネリック希望
 - ⑤ 点鼻薬希望 (前回と同じ) (前回なしまたは違う点鼻)
 - ⑥ 点眼薬希望 (前回と同じ) (前回なしまたは違う点眼) (コンタクトでも出来る点眼)
 - ⑦ 痒みの強いとき用の強い点眼薬 (ステロイド) 希望
 - ⑧ アレルゲン (アレルギーの原因物質) の血液検査はご希望ですか: はい いいえ
 - ⑨ もし特定の薬剤が希望でしたら記入下さい(_____)
 - ⑩ 女性の方に伺います 現在、妊娠または授乳していますか: いいえ はい
 - ⑪ 薬物療法以外(舌下免疫療法・トリクロール酢酸療法)については受付にお尋ね下さい
- 診察についてなにかご希望がありましたらご記入ください