

お名前 _____

① 下記の症状は今どのくらいですか？当てはまるものを○で囲って下さい。

くしゃみ ない 少し そこそこ ややひどい かなりひどい

鼻水 ない 少し そこそこ ややひどい かなりひどい

鼻づまり ない 少し そこそこ ややひどい かなりひどい

目のかゆみ ない 少し そこそこ ややひどい かなりひどい

② 症状が出るのは毎年ですか？それとも年中ですか？

毎年 月から 月頃 / 年中

③ これまで何のアレルギーがあるか、調べたことはありますか？ ある ない
調べたことのある方は、何のアレルギーがありましたか？（ ）

④ 何のアレルギーがあるか調べる血液検査を希望されますか？ はい いいえ

⑤ アレルギーの薬やかぜ薬を飲むと眠気が出やすい方ですか？

はい いいえ あまり飲んだことがない

⑥ アレルギーの薬は1種類でよく効きますか？2種類以上飲まないと効かないですか？

1種類で効く 2種類以上飲まないと効かない わからない

⑦ 点鼻薬（鼻のスプレー）を希望されますか？ はい いいえ

はいの方は、鼻水、鼻づまり、どちらの方がつらいですか？（ ）

⑧ アレルギーの目薬は希望されますか？ はい いいえ

はいの方は、コンタクトレンズを使用されていますか？ はい いいえ