

年 月 日

喘息・鼻炎の問診票

なだこどもとアレルギーのクリニック

ふりがな
氏名 _____ (男・女)

体重 _____ kg

身長 _____ cm

以前にご住所や電話番号、保険証が変わられた場合は受付までお声がけください。

体温 _____ °C

1. アレルギー性鼻炎の症状について教えてください。

- 例年はいつ頃からいつ頃まで続きますか？ _____月から_____月_____旬頃まで
- 鼻づまりはありますか？
 少しある 時々口で呼吸している いつも口で呼吸している
- 鼻水が出て鼻をかみますか？
1日に 0~5回 6~10回 11回以上
- くしゃみは出ますか？
1日に 0~5回 6~10回 11回以上
- 目のかゆみはありますか？
 ほとんどない すこしかゆい すごくかゆい

2. 喘息コントロールテストです。最近1か月の状態を思い出してください。

該当する数字をカッコ内にご記入ください。(0~3)

- ()・この1か月間にゼーゼー・ヒューヒューした日はどれくらいありましたか？
0：毎日 1：週に1回以上だけど毎日ではない 2：1回以上だけど毎日ではない 3：なし
- ()・この1か月間に息が苦しくなる発作はどれくらいありましたか？
0：ほとんど毎日続いた 1：時々あってしばらく続いた
2：時々あるけど続かなかった 3：なし
- ()・この1か月間に、喘息の症状で夜中に目をさましたことはどれくらいありましたか？
0：毎日続いた 1：週に1回以上だけど毎日ではない 2：時々あるけど続かなかった 3：なし
- ()・運動したり、はしゃいだ時に、せきが出たりゼーゼーして困ることはありますか？
0：毎日あって困っている 1：たびたびあって困っている
2：たまにあるけど困らない 3：まったくない
- ()・この1か月間に発作止めの薬をどれくらい使いましたか？
*毎日使う薬ではなく、せきやゼーゼーなどの発作時に使う薬です
0：毎日使った 1：1週間に何回かあったけど毎日ではない 2：1週間に1回以下 3：なし

3. アレルギーについて なし あり → 薬 (薬名 _____)
 不明(検査したことがない) 食べ物 (牛乳・卵・他 _____)

4. 1か月の間になくなりそうなお薬はありますか？
 なし あり (_____)

5. 何か相談したいことがあればご記入ください。(_____)

ご協力ありがとうございました。 なだこどもとアレルギーのクリニック 院長 名田匡利

合計点数

(スタッフ記入欄)