

# 問診票

まつもと小児・アレルギークリニック

ひらがなで

おなまえ.....年齢.....才.....ヶ月/性別 男・女/体重.....kg/体温.....℃  
.....幼稚園・保育園.....組.....学校.....年.....組/自宅.....

①該当する症状に  して、いつからか記入し  をつけてください。

- 発熱 月 日から  ※お手数ですが別紙の体温表にご記入ください。
- 咳 月 日から  コンコン / ゴホゴホ / ゼロゼロ / ゼーゼー / ヒューヒュー / ケンケン  
朝起きて / 日中 / 寝る前 / 就寝中 / 咳きこんで目を覚ます / せき込み嘔吐
- 鼻 月 日から  透明 / 白 / 黄色 / 一日中青鼻 / 鼻づまり /
- 吐き気 吐く 月 日から  何時から ~ 時まで計 回  
水分は取れていますか? はい / いいえ [ ml / 日]
- 下痢 月 日から  回/日 色( ) / 水様 / 泥状 / お尻かぶれ
- 痛み 月 日から  頭 / のど / おなか / 耳 / ( )
- 発疹 月 日から  赤いブツブツ / 水を含んだような / 蚊に刺されたような / かゆい

②前回より引き続き受診のかたにお尋ねします

- よくなった かわらない 悪くなった

③現在他院 ( ) 医院) で使用している薬があればご記入ください。

[ ]

④その他、定期受診の方は、前回受診からの経過をご記入ください

[ ]

⑤アレルギー性鼻炎・結膜炎（花粉症含め）で通院中・受診希望の方、最近 1～2 週間で最もひどかった目と鼻の症状について

鼻・眼の症状	0 症状なし	1 軽い	2 やや重い	3 重い	4 非常に重い
水っぱな	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
鼻づまり	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
くしゃみ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
鼻のかゆみ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
目のかゆみ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
涙目（なみだめ）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

薬の過不足を防ぎ、診察をスムーズにするため希望される薬は○・お手元に残っている薬は△で囲み  
日数・個数を ご記入ください。 例) オノ  12 日 プランルカスト  30 日

## ぜん息・アレルギー関係 飲み薬

オノン・プランルカスト・キプレス・シングレア・モンテルカスト ( ) 日

アレジオン・エピナスチン、アレグラ・フェキソフェナジン、クラリチン・ロラタジン、ザイザル・レボセチリジン、ジルテック・セチリジン、  
アレロック・オロパタジン、デザレックス、ビラノア ( ) 日

ホクナリンテープ ( ) 枚) 発作止め/粉薬・錠剤・吸入薬 シダキユア・ミティキュア・アシテア

## 吸入薬

フルタイドエア フルタイドディスク ( ) 本・個) オルベスコ / アニュイティ

パルミコートタービューハイラー / シムピコート

アドエア / レルベア / テリルジー / エナジア / フルティフォーム / スプリーバレスピマツト

点眼 / 点鼻

皮膚は裏面に、お進みください。

# 皮膚問診表

ひらがな  
《おなまえ》 \_\_\_\_\_

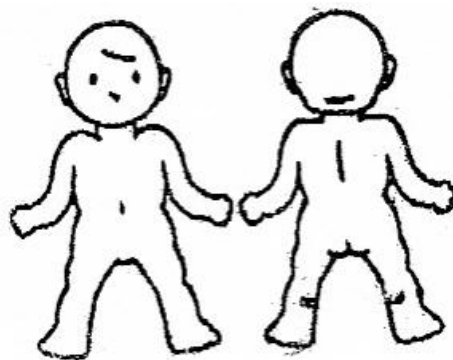
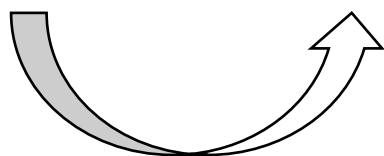
《体重》 \_\_\_\_\_ kg / 体温 \_\_\_\_\_ °C

Q. 前回受診後、薬を塗っていかがでしたか？

よくなってきた / 変わらない / ひどくなった / 一時よくなったが再び \_\_\_\_\_ から

Q. 今は何を何回塗っていますか？

絵に表示してください



どんな時に悪化しますか？

Q. 痒みは治まりましたか？

治まった / まだ痒い / 眠くなったり、入浴後に痒い /

薬の過不足を防ぎ、診察をスムーズにするため希望される薬は○・お手元に残っている薬は△で囲み  
日数・個数を ご記入ください。

## 塗り薬関係

ロコイド軟膏・クリーム	( 本)
リンデロンV軟膏・クリーム	( 本)
リンデロン・親水ワセリンMIX	( 本)
ネリゾナ (軟膏・ユニバーサル)	( g)
リドメックス/リンデロンVローション	( 本)
プロトピック(小児用・成人用)	( 本)
プロトピック・ヒルドイドMIX	( g)
ロコイド・プロトピックMIX	( g)
リンデロン・プロトピックMIX	( g)
ベピオゲル/ベピオローション	( 本)
エビデュオゲル	( 本)

## 保湿剤：

ヒルドイドソフト軟膏/クリーム	ボトル・チューブ	( 本)
ヒルドイドローション/フォーム		( 本)
ヘパリン類似物質油性クリーム/ローション		( 本)
ヘパリン類似物質泡状スプレー/外用スプレー		( 本)
親水ワセリン	( g)	
白色ワセリン・プロパト	( g)	
サンテゾーン眼軟膏	( 本)	
コレクチム/コレクチム・ヒルドイド	( g) / ( g)	
モイゼルト/モイゼルト・ヒルドイド	( 本) / ( g)	
エキザルベ/亜鉛華単軟膏	( 本) / ( g)	

※プロトピックのジェネリックはタクロリムスです。

備考