

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

厚生省の指導により：マイ保険証（マイナンバーカード）の健康保険証利用による情報取得に同意しますか？ はい・いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

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 [m l / 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

[]

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 カスト 30 日

ぜん息・アレルギー関係 飲み薬

オノン・プラナルカスト・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、ピラノア (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 / シムビコート

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 / スピリーバレスピマット

点眼 / 点鼻

皮膚問診表

ひらがな
《おなまえ》 _____

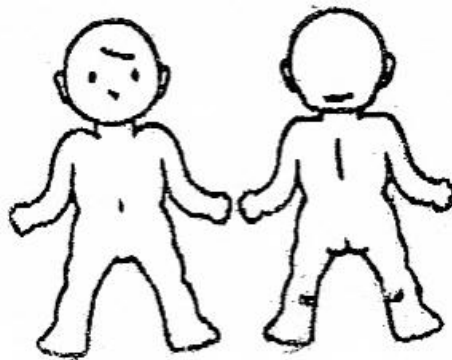
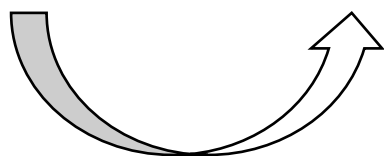
《体重》 _____ kg / 体温 _____ °C

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・700 ^μ 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) |
| 銀クリーム | | (本) |

※プロトピックのジェネリックはタクロリムスです。

備考