



9. 最近の半年～1年でぜん鳴や咳がしやすいことについて、長期間(1か月以上 ほぼ毎日) 続けた薬はありますか。

	過去に使用 (時期)	現在継続中 (いつから)	薬剤 現在の使用薬剤に○をつけてください	現在の1日使用量	効果
吸入 受容体拮抗薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	①オノン (プラカスト) ② キプレス・シングレア (モノカスト)	mg	<input type="checkbox"/> 感じる <input type="checkbox"/> 感じない
吸入 ステロイド薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	①フルタイドディスクス 50/100/200 μg ②フルタイドエア 50/100 μg ③キュパール 50/100 μg ④アドエア 50/100 μg ⑤パルミコート吸入液 0.25/0.5 mg	1日 _____ 吸入 計 _____ μg・mg スプレー 使用・不使用	<input type="checkbox"/> 感じる <input type="checkbox"/> 感じない
その他					

10. ぜん鳴やせき込みが苦しい時のための薬を処方されていますか。

	薬剤 ○をつけてください	1回使用量 1日の上限	使用頻度 ○をつける、使った日数や時期	効果 ○をつける
吸入	メブチン (エアードキッドエアード吸入液エット) サルタノール・アイロミール・ベネトリン	1回 吸入 1日 回まで	年数回・月1～数回・週1～数回 この1か月での使用 約( )日	<input type="checkbox"/> 感じる <input type="checkbox"/> 感じない
貼り薬	ホクナリン(ワグドール)テープ		最後に使った時期	<input type="checkbox"/> 感じる <input type="checkbox"/> 感じない
内服	メブチン・ホクナリン		最後に使った時期	<input type="checkbox"/> 感じる <input type="checkbox"/> 感じない
			最後に使った時期	<input type="checkbox"/> 感じる <input type="checkbox"/> 感じない
			最後に使った時期	<input type="checkbox"/> 感じる <input type="checkbox"/> 感じない

11. 季節や環境の変化で、鼻炎症状(くしゃみ・鼻水・鼻づまり・鼻をこする)がおきますか。  
風邪でもなさそうなのに、鼻水や鼻づまりがしばしばありますか。  なし  あり  
→あり の場合は次の質問 12. 13.もお答えください

12. 11.の鼻炎症状があるときに、明らかに目がかゆそうでこすっていたり、涙がでていることがありますか。  
 なし  あり

13. 鼻や眼の症状が引き起こされるきっかけで、思い当たることはありますか。いくつか選んでください。  
 スギ花粉  ホコリ・ダニ  毛のあるペット  
 \_\_\_\_\_月～\_\_\_\_\_月ころ  特定の場所 \_\_\_\_\_  ほか \_\_\_\_\_

14. 11.12.の質問で  あり. の場合、症状について処方されている薬があれば書いてください。

15. アレルギー性鼻炎に対する舌下免疫療法に関心がありますか。  
 ない・知らない  相談したい  すでに行っている (  スギ花粉  ダニ )