NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK İMMUNOLOJİ ve ALERJİ BİLİM DALI

GÜNLÜK HASTA TAKİP FORMU

Adı Soyadı : **DÖNEMİ: …….. (AY) / 201…**

Tanı: : ……..

Lütfen aşağıdaki belirtilen şikayet listesini günlük olarak doldurunuz.

Şikayeti YOKSA=BOŞ HAFİF:1 ORTA=2, AĞIR=3 numara veriniz

	1. HAFTA							2. HAFTA							3. HAFTA							4. HAFTA						
AY/YIL:																												
ÖKSÜRÜK																												
HIRILTI																												
GECE ÖKSÜRÜĞÜ																												
NEFES DARLIĞI																												
SIK SOLUMA																												
BURUN AKINTISI																												
BURUN TIKANIKLIĞI																												
HAPŞIRIK																												
BURUN KAŞINTISI																												
BOĞAZ KAŞINTISI																												
GÖZ KAŞINTISI																												
GÖZ SULANMA																												
GÖZDE KIZARIKLIK																												
ATEŞ																												
KULLANDIĞI İLAÇLAR																												
ALERJİ İLACI 1…… 2……																												
BURUN SPREYİ 1…… 2……																												
ASTIM İLACI 1…… 2……																												
ÇİĞNEME TABLET 1…… 2……																												
DİĞER İLAÇLAR 1…… 2……																												

Kullandığınız ilaçların isimlerini tabloya yazınız, günlük kullanım miktarında değişik olursa belirtiniz.