

アレルギーの問診票

ふりがな

氏名 _____ (男・女) 生年月日・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢満 _____ 歳 _____ ヶ月

以下の質問のうち、当てはまる項目に○をつけてください

相談したい病気について・・・

①食物アレルギー

- ・食べ物で症状がでたことがある → 食べた物は何ですか： _____ いつですか _____ 歳 _____ カ月
- ・具体的な症状：かゆがった・じんましん・湿疹・せき・ぜんめい・鼻水・おうと・下痢・血便・アナフィラキシー
その他 _____
- ・食べたことはないが検査（皮膚テスト・IgE抗体）が陽性だった。
- ・乳児期の栄養：母乳・ミルク・混合栄養 _____ ・アレルギー用ミルク：なし・あり
- ・お母さんの除去食：なし・あり→・卵・牛乳・小麦・大豆・その他： _____
- ・お子さんの除去食：なし・あり→・卵・牛乳・小麦・大豆・その他： _____

②湿疹・アトピー性皮膚炎

- ・出始めたのはいつからですか _____ 歳 _____ カ月から ・何歳頃から悪化しましたか _____ 歳 _____ カ月
- ・塗り薬は何ですか： _____
- ・一日に何回塗っていますか： _____ 回 飲み薬があれば何ですか： _____
- ・湿疹が悪化する原因は：食べ物・汗・入浴・眠気・運動・その他 _____

③ぜんそく（気管支喘息）

- ・出始めたのはいつからですか _____ 歳 _____ カ月から ・何歳頃から悪化しましたか _____ 歳 _____ カ月
- ・薬は何ですか： _____
- ・吸入薬のある方は一日に何回吸入していますか： _____ 回
- ・ぜんそく重症度とコントロールテスト：JPAC _____ 点

④じんましん

- ・出始めたのはいつからですか _____ 歳 _____ カ月から ・どれくらい続いていますか： _____ 年 _____ カ月 _____ 日
- ・原因がわかる方は何ですか：食べ物・入浴・汗・その他 _____

⑤アレルギー性鼻炎

- ・出始めたのはいつからですか _____ 歳 _____ カ月から ・何歳頃から悪化しましたか _____ 歳 _____ カ月
- ・薬は何ですか： _____

⑥花粉症

- ・花粉症が出始めたのはいつからですか _____ 歳 _____ カ月から ・何歳頃から悪化しましたか _____ 歳 _____ カ月
- ・薬は何ですか： _____

⑦その他のアレルギー疾患：具体的に _____

⑧アレルギーがあるかどうか検査してほしい

⑨長引く咳

- ・多いのはいつですか：夜寝る前・夜中寝ているとき・朝起きるとき・昼間・夕方・運動やあばれたとき・ほこりを吸ったとき・煙草の煙を吸ったとき・食事中・哺乳中・その他： _____

治療 今までかかっていた医療機関名： _____ 小児科・皮膚科・内科・耳鼻咽喉科・その他

家族歴（ご家族の方のアレルギー病歴をお答えください）

父：なし・あり→食物アレルギー・アトピー性皮膚炎・ぜんそく・じんましん・アレルギー性鼻炎・花粉症

母：なし・あり→食物アレルギー・アトピー性皮膚炎・ぜんそく・じんましん・アレルギー性鼻炎・花粉症

兄弟姉妹：なし・あり→食物アレルギー・アトピー性皮膚炎・ぜんそく・じんましん・アレルギー性鼻炎・花粉症

家庭環境 ペットの飼育：なし・あり→ 犬・猫・その他： _____

喫煙：なし・あり→父・母・その他 _____