

カルテID

氏名

アレルギー 問診票

記載日: 20__年__月__日

・アレルギー外来を受診するにあたって、ご希望や現在困っていることは何ですか？

()

・現在、使用(服用)されている薬(アレルギー以外の薬や市販薬も含めて)はありますか？

()

・これまでのアレルギー検査歴について教えてください。

今までにアレルギーに関する検査・試験をしたことがありますか？

ある ない

↓

検査を行った時期(年月日または年齢)とその種類をお答えください。

時期 : 検査・試験の種類

(): 血液検査 負荷試験 皮膚テスト その他)

(): 血液検査 負荷試験 皮膚テスト その他)

(): 血液検査 負荷試験 皮膚テスト その他)

(): 血液検査 負荷試験 皮膚テスト その他)

・ご家族(血縁のある方)は、現在または今までにアレルギーの病気になったことがありますか？

ある ない

↓

どなたが? : 父 母 兄弟 祖父母

どんな病気? : 気管支喘息 アトピー性皮膚炎 食物アレルギー
アレルギー性鼻炎 その他()

お時間がなければ、ここからは診療終了後やご自宅で記載して、
次回診療までにご提出いただいても結構です。

・同居されている方の喫煙についてお尋ねします。

お子さんと現在同居中の方で、喫煙者はいますか？

いる 今はいない いない

↓

喫煙者はどなたですか？

父 母 その他の同居者 ()

・ご自宅でペット(毛のある動物)を飼育していますか(していましたか)？

飼っている 飼っていない

・乳児期からの湿疹について教えてください。

生まれてから現在までに湿疹(乳児湿疹、アトピー性皮膚炎も含む)が
できたことはありますか？

ある ない

↓

その湿疹はいつからありますか(ありましたか)？

生後 ____ 歳 ____ か月ころから

その湿疹はどの場所に、どんなタイプのものでしょうか？

部位： 頭 顔面 おなか・背中 うで・手 もも・足

タイプ： 赤く腫れる カサカサ乾燥 ジュクジュクぬれている

プツプツ盛り上がっている

その湿疹に対して治療を受けたことがありますか？

ある ない