

アレルギー初診時間診票

受診日： 年 月 日

フリガナ	生年月日
お名前 (男・女)	年 月 日 (歳 か月)
体重： 身長：	

★ 以下のご質問にお答えください。当てはまるものに丸、カッコ内は記入をお願いします。

★ これまでにアレルギーのことにに関して、他院で相談したことがある場合は、診察時に過去の検査結果やお薬手帳も見せてください。

本日相談したい内容について簡単に書いてください。

()

① お子様の生まれた時のことを教えてください。

在胎週数：() 週 () 日 出生体重：() g

生まれた時の異常：なし・あり ()

② これまでに大きな病気にかかったことがありますか？また通院中の病気はありますか？

なし・あり ()

③ 乳幼児期の栄養について教えてください。

1. 産科退院後は母乳のみ 2. 粉ミルクのみ 3. 混合栄養

4. ある時期から母乳のみ → 最後に粉ミルクを飲んだのは () か月頃

④ お風呂やシャワーに入る頻度はどのくらいですか？

毎日 ・ 入らない日もある (頻度：週 回)

⑤ 石鹸を使って体を洗っていますか？ はい・いいえ

⑥ ご自宅でペットを飼っていますか？ いない・いる → ()

⑦ ぬいぐるみは多いですか？ はい・いいえ

⑧ じゅうたんを敷いていますか？ はい・いいえ

⑨ 同居の方でタバコを吸う方はいますか？ いない・いる → (どなた：)

⑩ 肌が乾燥しやすい・肌のかゆみ・湿疹などは今までありましたか？

1. 全くない 2. あったが現在は治った 3. 症状に変動はあるが今もある

⑪ アトピー性皮膚炎と言われたことはありますか？ いいえ・はい

- ⑫ ステロイド外用剤に対する気持ちを教えてください。
 1. あまり不安はない 2. 少し不安 3. かなり不安で使いたくない
- ⑬ 何か食べたり飲んだりして2時間以内に症状が出たことはありますか？ いいえ・はい
- ⑭ 食物アレルギーと診断されたことがありますか？ いいえ・はい
- ⑮ 現在除去している食品はありますか？
 ない・ある → ()
- ⑯ 今までにゼイゼイしていると言われたり気づいたりしたことはありますか？
 いいえ・はい → (頻度:)
- ⑰ 喘息もしくは喘息気味と言われていますか？ いいえ・はい
- ⑱ 今までに薬でアレルギーが出たことがありますか？
 いいえ・はい → (薬の名前:)
- ⑲ 今までアレルギー検査をしたことがありますか？ いいえ・はい (いつ: 年 月 日)
- ⑳ ご家族の中でアレルギー持ちの方がいらっしゃいましたら教えてください。

どなた	アレルギー疾患・何らかに対するアレルギー
例) 父	アレルギー性鼻炎、喘息、キウイアレルギー

★ 書き終わったら、受付に出してください。

