

アレルギー外来問診票

(初診の方)

年	月	日	受診者名	様	歳	kg
---	---	---	------	---	---	----

※ カッコ () 内はご記入ください。あてはまる□にシ点、選択肢は○をつけてください。*複数回答可

 全員ご記入ください

1.ご相談内容は何ですか？

食物アレルギー 湿疹 アトピー性皮膚炎 ぜん息(せき) 鼻炎(はなみず、花粉症) じんましん その他

2.ご家族にアレルギーの方はいますか？(ぜんそく、花粉症などの鼻炎、アトピー、じんましん、食物アレルギーなど)

父() 母() 兄弟() 祖父母()

3.ペットは飼っていますか？ はい いいえ

4.お住まいの家について 築()年 ジュータン、たたみ あり なし

5.赤ちゃんの頃の栄養の取り方は？ 母乳 ミルク 混合栄養

6.乳児湿疹はありましたか？ あり なし

 食物アレルギーの方 ※疑いがある場合もご記入ください

1.現在何か食べ物の除去をしていますか？ あり() なし

2.アレルギーの症状が起きた時について いつ()、何()を()くらいの量を食べて、
()分後にでた症状()

3.その時の受診先、使った薬()

4.その他、食べ物、症状や過去の治療について、伝えたい事がありましたら、ご記入ください。

()

 湿疹またはアトピー性皮膚炎の方

1.いつから症状がありますか() 時から)

2.入浴について:1日()回 ()℃の湯船に()分つかる シャワーのみ
何で洗いますか？(商品名) 髪の毛() からだ()

3.普段のスキンケア(保湿) 何もなし 顔、からだに()を1日()回

4.今までの治療方法(例:1才、石けんで洗う→良くなった 2才、ワセリン→変わらない、など)

()

5.この1週間についてうかがいます

①皮ふのかゆみがあった日は？ なし 1~2日 3~4日 5~6日 毎日

②眠れなかった日は？ なし 1~2日 3~4日 5~6日 毎日

③皮ふから出血した日は？ なし 1~2日 3~4日 5~6日 毎日

④皮ふがジクジクした(液が出た)日は？ なし 1~2日 3~4日 5~6日 毎日

⑤皮ふにひび割れができた日は？ なし 1~2日 3~4日 5~6日 毎日

⑥皮ふがポロポロはがれた日は？ なし 1~2日 3~4日 5~6日 毎日

⑦皮ふが乾燥(カサカサ) ゴザゴザした日は？ なし 1~2日 3~4日 5~6日 毎日

6.この24時間のかゆみ(0は全くなし・10は最もかゆいレベル) 【 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 】

7.湿疹が治ったらどんな生活をしたいですか？(目標) 眠りたい、勉強したい、半袖を着たいなど

()

8.目標を目指す上でどんなことが課題になりそうですか？薬の塗り方、面倒など

()

裏面、もしくは次ページもご記入ください。

