

# アレルギーの間診票（初診）

今日の日付 年 月 日

フリガナ氏名： \_\_\_\_\_ 男・女 生年月日： \_\_\_\_\_ 体重： \_\_\_\_\_ kg 体温： \_\_\_\_\_ °C

住所：〒 \_\_\_\_\_ 電話番号： \_\_\_\_\_

1. 今回アレルギー科を受診しようと思った理由をおしえてください。
2. 現在どんなことにお困りですか？（例：「食物アレルギーで食べられないものが多い」、「しょっちゅうかゆがる」など）
- 3a. 今までに医師から「アトピー性皮膚炎」と診断されたことはありますか？  
ない ある 「疑いがある」といわれた
- 3b. 湿疹が出始めたのはいつからですか？  
 歳 か月ころ わからない
4. 今までに医師から「食物アレルギー」と診断されたことはありますか？  
ない ある 「疑いがある」といわれた

食材	除去理由		現在の状況	
	<input type="checkbox"/> 食べて症状が出た	<input type="checkbox"/> 血液検査で反応があった	<input type="checkbox"/> 除去中	<input type="checkbox"/> 食べている
<input type="checkbox"/> 食べて症状が出た	<input type="checkbox"/> 血液検査で反応があった	<input type="checkbox"/> 除去中	<input type="checkbox"/> 食べている	
<input type="checkbox"/> 食べて症状が出た	<input type="checkbox"/> 血液検査で反応があった	<input type="checkbox"/> 除去中	<input type="checkbox"/> 食べている	

- 5a. 今まで医師から「気管支喘息」と診断されたことはありますか？ それはいつごろですか？  
ない 「ぜんそくのケがある」と言われた ある： 歳 か月ころ
- 5b. 「ある」「ケがある」方、現在の状態はどれにあてはまりますか？  
治療中：薬の名前（ ） 治療していない
- 6a. くしゃみ、鼻水、鼻づまり、目のかゆみといった症状はありますか？  
ない （ ）月頃に目立つ ずっと続いている
- 6b. 今までに医師から「アレルギー性鼻炎（花粉症を含む）」と診断されたことはありますか？  
ない 「疑いがある」と言われた ある： 歳 か月ころから
7. 今までに医師から診断されている病気（風邪などの一時的なものは除く）はありますか？  
ない ある：（ ）
8. ペットを飼っていますか？  
飼っていない 飼っている：自宅（ ） 祖父母宅（ ）
9. ご家族が現在または今までになったことがあるアレルギー疾患について教えてください。

※兄弟については一人ずつ全員について記入してください。

	何もない	気管支喘息	アトピー性皮膚炎	アレルギー性鼻炎 花粉症	食物アレルギー	その他 金属・薬物など
父（ ）歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
母（ ）歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
兄姉（ ）歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
兄姉（ ）歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
兄姉（ ）歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
弟妹（ ）歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
弟妹（ ）歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
弟妹（ ）歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. 「ステロイド」という薬について思うところがあれば書いてください。
12. 当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか？  
家族から 友人知人から インターネット 医師からの紹介 その他（ ）