

アレルギー問診票

当院確認日： 年 月 日

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 _____ か月 性別 _____ 生年月日 _____

※あてはまる□にチェックを入れてください。

(1) 当院をどこで知りましたか

- 家族 知人 他院 インターネット 保育園・幼稚園・学校
 その他 (_____)

(2) 診断されているアレルギー疾患名

- アトピー性皮膚炎 食物アレルギー 気管支喘息 アレルギー性鼻炎
 口腔アレルギー症候群

(3) どの目的で当院を受診されましたか

- 診断（一般的） : 血液検査、呼吸機能検査、鼻汁好酸球検査など
 診断（専門的） : プリックテスト、食物負荷試験など
 治療（一般的） : 投薬、軟膏指導など
 治療（専門的） : エピペン処方、食物経口療法、舌下免疫療法など

- セカンドオピニオン 本日、前医のデーターはお持ちですか。 なし ・ あり ⇒コピーをとら

せていただきます。

(4) 今まで治療されていた場合、その内容について教えてください。

- 内服内容 (_____)
 外用薬内容 (_____)
 指導内容 (_____)
 今までの治療内容で気になっていること
(_____)
 当院で特に希望されること
(_____)

(5) 湿疹や食物アレルギーのきっかけの状態について教えてください。

- 湿疹あり ・ 湿疹なし
 湿疹はいつからですか。 生後 _____ か月頃から
 部位はどこですか。 顔 ・ 耳 ・ おなか ・ 背中 ・ うで ・ 足 ・ その他
 湿疹のため、血液検査をしたら、食物アレルギーと診断された。
 食べ物 (_____) を食べたら、アレルギー症状が出たので血液検査をして食物アレルギーと診断を受

けた。

(6) 栄養方法 母乳 ミルク 混合栄養 アレルギー用ミルク

(7) 食物アレルギーと診断された食材を 完全除去している 加工品は食べている

(8) 両親・きょうだいのアレルギー疾患について あり なし

アレルギー疾患 あり（食物アレルギー： 、皮膚炎： 、喘息： 、鼻
炎： ）

～ 以上です。ご記入ありがとうございました。～