

アレルギー外来 問診票

ふりがな _____

氏名 _____ 生年月日 (S・H 年 月 日)

1) 親戚にアレルギー性疾患を持っている人はいますか？

- なし
- あり⇒ (気管支喘息・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎
花粉症・じんま疹・薬物アレルギー・その他)

2) 住環境

- ・寝室 : (フローリング・畳・カーペット)
- ・寝具 : (ベッド・床に布団をしいている)
- ・居間 : (フローリング・畳・カーペット)
- ・ソファ : (なし・あり…布製・皮製)
- ・ペット : (なし・あり…何を? ())
- ・掃除 : 掃除機かけ (毎日・週 () 回)
- ・喫煙者 : (なし・あり () が家で () 本程度)
- ・入浴 : (毎日・週 () 回) / 石けん・ボディーソープを (使っている・使っていない)

3) これまでの経過について

- ・今回症状はいつから出現しましたか? () から
- ・発症または悪化のきっかけになった事があれば記入して下さい
()
- ・これまでお受けになった治療についてお答え下さい
 - ① 飲み薬 ()
 - ② ぬり薬 ()
 - ③ 民間療法など その他 ()
- ・これまでにお受けになった検査の結果を詳しく書いて下さい
()
- ・季節によって症状が変化しますか? (はい・いいえ・わからない)

【小児の場合】

- ・出産 : (正常分娩・その他 ())
- ・栄養 : 母乳 人口乳
離乳食 [() か月から開始]
- ・1か月検診の時、乳児湿疹が (なし・あり)

【ステロイド軟こうについての考え】

- 絶対に使いたくない
- 必要であれば用法を守って使用する

【漢方薬による治療を希望しますか？】

- する しない どちらでも良い