

アレルギー新患問診票

記入日： 年 月 日

お名前（ ）男・女 生年月日（ 年 月 日）
身長 _____ cm 体重 _____ kg

(1) 当院を何でお知りになりましたか。

家族が受診している・知人に聞いた・家が近い・ネット・その他 _____

(2) アレルギーの経過について教えてください。

・（ 歳 ヶ月）頃より 症状（下記、当てはまるものに○をつけて下さい。）

ゼーゼー（喘息）・湿疹（皮膚炎）・肌がかゆい・蕁麻疹・鼻水・くしゃみ

目のかゆみ・その他（ ）

・食べ物を食べて何か症状が出たことがありますか。

無 ・ 有 →食材（ ）

症状出現までの時間（30分以内・30～60分後・60分以上）

症状（喘息発作・赤い発疹・蕁麻疹・腹痛・嘔吐・下痢・その他 _____）

・他院での薬 無 ・ 有 →内服・外用（薬名： _____）

・検査歴 血液検査（無・有） / 皮膚テスト（パッチテスト ・ プリックテスト）

・食物除去（除去食）について していない・している→（卵・牛乳・小麦・大豆・その他 _____）

離乳食を開始していない→母乳・混合・ミルク・アレルギー用ミルク

・動物を飼っていますか。 いない・いる →場所（自宅・祖父母宅） 種類（犬・猫・鳥・その他 _____）

・衣類の洗剤について 使用洗剤名（ _____ ）/柔軟剤（ _____ ）

・ステロイド使用について 特になし・できれば使用したくない（相談して）・使用したくない

(3) 出生時の状況について

・在胎（ 週 日） ・出生体重（ _____ ）g ・出生病院・産院名（堺市立総合医療センター（旧市立堺病院）・

耳原総合病院・ベルランド総合病院・その他（ _____ ）

・何か異常があり治療を受けましたか。 いいえ・はい（仮死・保育器の使用・光線療法・その他 _____）

(4) これまでに受けた予防接種に○をつけて下さい。

BCG・B型肝炎（1回・2回・3回）・ヒブ（1回・2回・3回・追加）・小児肺炎球菌（1回・2回・3回・追加）

4種混合（1回・2回・3回・追加）・2種混合（DT）・ロタ（ロタリックス1回・2回/ロタテック1回・2回・3回）

麻疹風疹（Ⅰ期・Ⅱ期）・水痘（1回・2回）・おたふく（1回・2回）・日本脳炎（1回・2回・追加・Ⅱ期）・

子宮頸がん（1回・2回・3回）・コロナ（最終 年 月）

(5) これまでに入院されたことはありますか。

いいえ ・ はい →病名（ _____ ）病院名（ _____ ）

入院時の年齢（ 歳 ヶ月）入院期間（ _____ ）

(6) これまでに薬で、蕁麻疹が出たり体調が悪くなったことはありますか。

いいえ ・ はい（薬名： _____ ）

(7) 近親者に下記のご病気をお持ちの方がいらっしゃれば○をつけ、（ ）内に本人との続柄を記入して下さい。

喘息（ _____ ）・アトピー性皮膚炎（ _____ ）・アレルギー性鼻炎（ _____ ）

*上記にご記入いただいた患者様の個人情報につきましては、当院における個人情報の利用目的以外に使用いたしません。