

小児科・アレルギー問診票

*この問診票は、診療の基礎となるものでありますので、正確にはっきりとお書き下さい。

記載者氏名： _____ 続柄（ _____ ）

氏名： _____ 男・女 _____ 生年月日： _____年__月__日
 所属： _____保・幼・小・中 _____年生 _____（満 _____歳）

*今困っていること、相談したいことはどんなことですか

1. 食物アレルギー
2. お肌のこと（アトピー性皮膚炎、湿疹、じんましん）
3. 気管支喘息
4. 花粉症（鼻炎、結膜炎）
5. その他

*ご家族についてお聞きします

父親（ _____歳）：アレルギー（あり（ _____ ）・なし）、喫煙（あり・なし）
 母親（ _____歳）：アレルギー（あり（ _____ ）・なし）、喫煙（あり・なし）

兄弟姉妹

1. （ _____歳）アレルギー（あり（ _____ ）・なし）
2. （ _____歳）アレルギー（あり（ _____ ）・なし）
3. （ _____歳）アレルギー（あり（ _____ ）・なし）

*お住まいについてお聞きします

建物の構造について（木造・鉄筋）
 畳・じゅうたんは（あり・なし）
 寝床は（ベッド・ふとん）
 ペットは（いる（ _____ ）・いない）
 その他（ _____ ）

*今までの健康状態についてお聞きします

妊娠・分娩において困ったことはありましたか（はい・いいえ）
 これまでに大きな病気をされたことはありますか（はい・いいえ）
 これまでにアレルギーについて指摘されたことはありますか（はい・いいえ）
 その他（ _____ ）

*今回の受診で当院に期待することは何ですか（複数可）

診断 検査 治療（薬物・カウンセリング）
 相談（家族の対応・園・学校関係） 診断書（管理指導表）の発行
 専門機関・病院への紹介 セカンドオピニオン その他（ _____ ）

（その1）

(その2)

* 食物アレルギーについて

1. (歳)、() を食べて (発疹・痒み・呼吸困難・その他) になった
2. (歳)、() を食べて (発疹・痒み・呼吸困難・その他) になった
3. (歳)、() を食べて (発疹・痒み・呼吸困難・その他) になった

きっかけ (運動、病気、イベント等) や時期について、心当たりはありますか

()

これまでに検査をしたことがありますか

(はい (具体的に)) ・ いいえ)

現在、制限している食べ物 (調理法) はありますか (自己判断含め)

()

* お肌について、どこに、何が起きているのか、自由にお書きください

(現在治療中のものについては軟膏の名前も記載してください)



* 長引く咳、ぜーぜーについて

いつごろから始まりましたか (

一年の間で起こりやすいのはいつですか (春・梅雨時・夏・秋・冬)

一日の中で起こりやすいのはいつですか (起き掛け・日中・寝ているとき・その他)

きっかけはありますか (運動・行事・外出・その他)

これまでに検査・治療されたことはありますか (はい) ・ いいえ)

* 花粉症について

どんな症状ですか (鼻水・鼻づまり・くしゃみ・眼がかゆい・のどが痛い・その他)

例年いつ頃におきますか ()

これまでに検査・治療されたことはありますか (はい) ・ いいえ)

* そのほかに気になることはございますか