

患者番号： _____

初診問診票

記載日： 年 月 日

フリガナ	生年月日
お名前 (男・女)	平成・令和 年 月 日 (歳)

♪今までにかかった病気を○で囲んでください

突発性発疹 ・ RSウイルス感染症 ・ 中耳炎 ・ 水ぼうそう ・ おたふく ・ 風疹 百日咳 ・ ひきつけ (歳 回) ・ 気管支炎 ・ 肺炎 ・ 喘息 ・ 風邪をひきやすい
--

♪定期的に受診している病気はありますか？

<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり	病名：
	病院名：

♪入院したことはありますか？

<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり	病名：
	病院名：

♪薬物アレルギーはありますか？

<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり	薬物名：
---	------

♪今までに受けた予防接種を○で囲んでください

BCG	済 ・ 未	三種混合	1回 2回 3回 追加
B型肝炎	1回 2回 3回	ポリオ	1回 2回
ヒブ	1回 2回 3回 追加	不活化ポリオ	1回 2回 3回 4回
肺炎球菌	1回 2回 3回 追加		
四種混合	1回 2回 3回 追加	二種混合	済 ・ 未
MR (麻疹風疹混合)	第1期 第2期	水痘	1回 2回
日本脳炎	1回 2回 追加 II期	おたふくかぜ	1回 2回
ロタウイルス	1回 2回 3回	子宮頸がん	1回 2回 3回

.....
小学生未満のお子さんは以下もご記入ください。

♪ 妊娠中または出産時に心配なことはありましたか？

<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり	妊娠高血圧症 ・ 切迫早産 ・ 帝王切開 ・ 仮死
	その他 ()

♪ 妊娠週数を教えてください (週 日)

♪ 出生時の体重を教えてください (g)

♪ 生まれた病院を教えてください ()

♪ 乳児期の栄養方法を教えてください (母乳 ・ 混合 ・ 人工)

♪ 乳児期の発育について教えてください

① 首のすわり (カ月) ②おすわり (カ月) ③歩き始め (カ月)

アレルギー初診問診票

♪家族歴

ご家族それぞれにアレルギーがあれば○で囲んでください ※本人に☆印をつけて下さい

父		喘息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 花粉症 ・ 食物アレルギー ・ 薬 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 動物 ・ その他（ ） ・ わからない
母		喘息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 花粉症 ・ 食物アレルギー ・ 薬 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 動物 ・ その他（ ） ・ わからない
第1子 (歳)	男・女	喘息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 花粉症 ・ 食物アレルギー ・ 薬 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 動物 ・ その他（ ） ・ わからない
第2子 (歳)	男・女	喘息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 花粉症 ・ 食物アレルギー ・ 薬 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 動物 ・ その他（ ） ・ わからない
第3子 (歳)	男・女	喘息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 花粉症 ・ 食物アレルギー ・ 薬 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 動物 ・ その他（ ） ・ わからない
第4子 (歳)	男・女	喘息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 花粉症 ・ 食物アレルギー ・ 薬 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 動物 ・ その他（ ） ・ わからない
第5子 (歳)	男・女	喘息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 花粉症 ・ 食物アレルギー ・ 薬 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 動物 ・ その他（ ） ・ わからない

♪生活環境

◇同居の方でたばこを吸う方はいますか？

いない ・ いる → 祖父 ・ 祖母 ・ 父 ・ 母 ・ その他：

◇ペットを飼っていますか？

いない ・ いる → 犬 ・ 猫 ・ ハムスター ・ うさぎ ・ 鳥 ・ その他：

◇じゅうたんを敷いていますか？

はい ・ いいえ

◇ぬいぐるみは多いですか？

はい ・ いいえ

◇お風呂やシャワーに入る頻度はどれくらいですか？

毎日 ・ 入らない日もある ・ ほとんど入らない

◇お風呂では石鹸を使って洗っていますか？

はい ・ いいえ

♪既往歴

◇喘息もしくは喘息かもしれないと言われたことはありますか？

はい ・ いいえ

◇アレルギー性鼻炎と言われたことはありますか？

はい ・ いいえ

◇アトピー性皮膚炎と言われたことはありますか？

はい ・ いいえ

◇食物アレルギーといわれたことはありますか？

はい ・ いいえ

◇じんましんが出やすいですか？

はい ・ いいえ

◇じんましんの原因は何ですか？

(食べ物 ・ 動物 ・ ホコリ ・ ダニ ・ その他： ・ わからない)

◇これまでに気になる症状について教えてください

(いつ、何で、どんな症状、どんな処置をしたかなど具体的にお願いします)

()

患者番号：

記載日： 年 月 日

アレルギー問診票

※住所変更・電話番号変更のある方は受付までお声がけください。

フリガナ				生年月日			
お名前 (男・女)				平成・令和 年 月 日 (歳 カ月)			
身長	cm	体重	kg	体温	℃		
ピークフロー	1回目		2回目		3回目		

♪この1か月間のお子さんの様子はいかがでしたか？当てはまる箇所に○をしてください

	3点	2点	1点	0点
痰がらみの咳・ゼーゼー（ゼロゼロ）・ヒューヒューした日はどのくらいありましたか？	全くない	月1回以上、週1回未満	週1回以上、毎日ではない	ほぼ毎日
呼吸困難（息苦しさ）のある発作はどのくらいありましたか？	全くない	時に出現し持続しない	たびたびあり持続する	ほぼ毎日持続
喘息症状で夜間に目を覚ましたことが、どのくらいありましたか？	全くない	時にあるが週1回未満	週1回以上、毎日ではない	毎日ある
運動をしたり、はしゃいだ時に咳が出たりゼーゼー（ゼロゼロ）して困ることはありましたか？	全くない	軽くあるが困らない	たびたびあり困っている	いつもあり困っている
一時的に発作止めの吸入薬や飲み薬または貼り薬（定期薬以外）を使用する発作はどのくらいありましたか？	全くない	週に1回以下	1週間に数回毎日ではない	毎日使用

♪4歳未満のお子さんは次の質問もご回答ください

熱がないのに、夜寝る頃や朝方に咳が気になることがどのくらいありましたか？	全くない	時に出現し持続しない	週1回以上、毎日ではない	毎日持続
--------------------------------------	------	------------	--------------	------

♪定期薬は内服できましたか？

毎日できた ・ 忘れることがあった ・ 忘れることが多かった ・ 途中でやめた

♪定期吸入はできましたか？

毎日できた ・ 忘れることがあった ・ 忘れることが多かった ・ 途中でやめた

♪鼻炎症状はありましたか？

なかった ・ 1日中 ・ 朝起きた時だけ ・ 時々あった ・ たまにあった

↳ (鼻水 ・ くしゃみ ・ 鼻づまり ・ 鼻血)

♪目のかゆみはありましたか？

なかった ・ 毎日あった ・ 時々あった ・ たまにあった

♪その他アレルギー状態はいかがでしたか？

()