

アレルギー問診票

名前 ( ) ID ( )  
生年月日 平成・令和 年 月 日 ( 歳 ヶ月 )

以下の質問内容に、( ) には直接記載、選択肢は○を付けて下さい。

1. 出生時・乳児期の様子をお教え下さい。

- ◇ 出生時の週数 ( ) 週 ( ) 日 体重 ( ) g  
分娩の形式は? ① 普通分娩 ② 帝王切開  
栄養はどうでしたか? ① 完全母乳 ② 混合栄養 ③ 完全ミルク
- ◇ 混合栄養の場合、どの程度ミルクを足していましたか?  
① 産院でのみ使用 ② 出産後1ヶ月以内に母乳のみになった  
③ 1ヶ月以降も週に1回以上ミルク使用 ④ ほぼ毎日ミルクは足していた  
⑤ 預けるときの限定で足していた 月 ( ) 回ほど使用  
⑥ その他 ( )
- ◇ ペットを飼育していますか? ① はい ② いいえ  
飼育している場合、何を飼っていますか?  
( 例. チワワ等 )
- ◇ ご家庭内で喫煙者はいますか? ① はい ② いいえ  
その場合、どなたが吸っていますか?  
① 父親 ② 母親 ③ 祖父母 ④ その他 ( )

2. アトピー性皮膚炎について ( ○を付けて下さい )

- ◇ 湿疹はありますか ① はい ② いいえ ③ 以前はあった
- ◇ いつ頃から湿疹が出てきましたか? ( ) ヶ月・歳
- ◇ 病院は受診しましたか? ① はい ( 病院名: ) ② いいえ
- ◇ 乳児湿疹と診断されたことがありますか? ① はい ② いいえ
- ◇ アトピー性皮膚炎と診断されたことがありますか? ① はい ② いいえ
- ◇ ステロイド外用薬を使用しましたか? ① はい ② いいえ  
何を使用したか覚えていればお書き下さい。( )
- ◇ 現在の湿疹の状態はどうですか?  
① 治っていない ② 良くなったり悪くなったりする ③ 落ち着いた  
落ち着いた場合、いつ頃からですか? ( ) ヶ月・歳
- ◇ 今使用している薬があればお書きください。

( )

3. 食物アレルギーについて

食物アレルギーはありますか？ ① はい ② いいえ ③ 以前はあった

◇ 現在の食事摂取状況をお書きください。

食品名	摂取しても 症状がない	食べたこ とがない	除去し ている	除去開始時期	摂取して症状があった ( 詳細は下記へ )
卵					
乳					
小麦					
大豆					
肉					
魚					
ゴマ(すりごま)					
ゴマ(粒ゴマ)					
エビ					
カニ					
イカ					
タコ					
アサリ					
イクラ					
タラコ					
ソバ					
ピーナッツ					
アーモンド					
クルミ					
カシューナッツ					
ヘーゼルナッツ					
山芋					
果物 桃					
リンゴ					
スイカ					
メロン					
キウイ					
マンゴー					
バナナ					

◇ 食べ物を摂取してみられた症状について詳しくお書きください

【具体例】

( いつごろ： 2010年 6月頃、 1歳頃 )

( 食べた食品名： パン粥 ) を

( 食べた量： 小さじ1杯 ) 食べ、

( 症状が出るまでの時間： 30分 ) 後に

( 症状： 咳・ 40分後に全身蕁麻疹 ) が出現しました。

病院受診 あり ( 病院名： 春日井市民病院 ) なし

治療薬 あり ( 薬の名： ザジテン内服 ) なし

①

( いつごろ： 年 月頃、 歳頃 )

( 食べた食品名： ) を

( 食べた量： ) 食べ、

( 症状が出るまでの時間： ) 後に

( 症状： ) が出現しました。

病院受診 あり ( 病院名： ) なし

治療薬 あり ( 薬の名： ) なし

②

( いつごろ： 年 月頃、 歳頃 )

( 食べた食品名： ) を

( 食べた量： ) 食べ、

( 症状が出るまでの時間： ) 後に

( 症状： ) が出現しました。

病院受診 あり ( 病院名： ) なし

治療薬 あり ( 薬の名： ) なし

③

( いつごろ： 年 月頃、 歳頃 )

( 食べた食品名： ) を

( 食べた量： ) 食べ、

( 症状が出るまでの時間： ) 後に

( 症状： ) が出現しました。

病院受診 あり ( 病院名： ) なし

治療薬 あり ( 薬の名： ) なし

4. 気管支喘息について

- ◇ 気管支喘息と言われたことはありますか？ ① はい ② いいえ
- ◇ いつから症状が出現していますか？ ( )
- ◇ 発作時用の薬は持っていますか？ ① はい ② いいえ  
(薬の名前： )
- ◇ 予防用の治療をしていますか？ ① はい ② いいえ  
しているならいつからですか？ ( )  
薬は何を使用していますか？  
① オノン (プラシルカスト) ② キプレス ③ シングレア  
④ パルミコート ⑤ フルタイド ⑥ キュバール  
⑦ アドエア ⑧ レルベア ⑨ アフィニティー  
その他 ( )
- ◇ 現在、発作は起こりますか？ ① はい ② いいえ  
月に ① 3~4回 ② 2~3回 ③ 1~2回 ④ 数ヶ月に1回  
⑤ その他 ( )
- ◇ 運動や笑ったり興奮に伴い、咳かゼイゼイは出ますか？ ① はい ② いいえ  
月に ① 3~4回 ② 2~3回 ③ 1~2回 ④ 数ヶ月に1回  
⑤ その他 ( )
- ◇ 夜間や朝方に咳かゼイゼイは出ますか？ ① はい ② いいえ  
月に ① 3~4回 ② 2~3回 ③ 1~2回 ④ 数ヶ月に1回  
⑤ その他 ( )

5. アレルギー性鼻炎について

- ◇ 鼻汁・鼻閉・鼻こすりはありますか ① はい ② いいえ
- ◇ いつからありますか ( )
- ◇ 症状が気になる時期はいつですか  
① 一年中 ② 春 ③ 初夏 ④ 秋 ⑤ 冬
- ◇ 通院していますか (病院名： )
- ◇ 現在薬を使用していますか (薬の名前： )
- ◇ ミティキュア・シダキュアなどの治療をしていますか？ ① はい ② いいえ
- ◇ 花粉症発症後に、果物の摂取後に急に喉や口腔内の違和感を感じるようになった事はありますか？ ① はい ② いいえ  
ある場合、原因果物は何ですか？  
( )

6. ご家族についての質問です

- ◇ 何人目のお子さんですか？ ( ) 人目
- ◇ 他の兄弟の年齢・性別 ( ○を付けて下さい ) をお教え下さい。  
( ) 歳 男児・女児 / ( ) 歳 男児・女児 / ( ) 歳 男児・女児  
( ) 歳 男児・女児 / ( ) 歳 男児・女児 / ( ) 歳 男児・女児

- ◇ 家族の方にアレルギー疾患を持っている方はいますか？  
( 花粉症、気管支喘息、アトピー性皮膚炎、食物アレルギーなど )

① はい ② いいえ

- ◇ いる場合、どなたにどんな疾患がありますか？

誰	疾患名	治癒したなら年齢
( )	( )	( ) 歳
( )	( )	( ) 歳
( )	( )	( ) 歳
( )	( )	( ) 歳
( )	( )	( ) 歳
( )	( )	( ) 歳

その他

今回受診した理由やお聞きになりたい事を自由に記載下さい

( )

ご協力ありがとうございました。

この情報は、当院の診療に活用する以外に、個人情報特定されない配慮を行い、学会や論文などで発表する事もあり得ます。ご同意いただけなかった場合でも、アレルギー診療に一切の影響を与えません。

右に○をおつけ下さい。 ① 同意する ② 同意しない