



# しみず小児科・内科クリニック

## アレルギー問診票

ID: \_\_\_\_\_ 氏名: \_\_\_\_\_ (男・女)

生年月日: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 (年齢: \_\_\_\_\_歳\_\_\_\_ヶ月)

※今まで受けたアレルギー検査の結果の用紙があれば、すべて受付にご提出して下さい  
コピーを取らせて頂きます

### 《共通》

1. 本日相談されたいアレルギー疾患は何ですか? (□にチェック☑を)

- 食物アレルギー    アトピー性皮膚炎    湿疹    じんましん  
 気管支喘息    アレルギー性鼻炎    花粉症    薬物アレルギー  
 その他 (内容: \_\_\_\_\_)

2. 家族の方にアレルギーの方はいらっしゃいますか? (□にチェック☑を)

① 母親  なし

- あり →  花粉症    アレルギー性鼻炎    喘息    アトピー性皮膚炎  
 食物アレルギー ( \_\_\_\_\_ )    じんましん  
 その他 (具体的に \_\_\_\_\_)

② 父親  なし

- あり →  花粉症    アレルギー性鼻炎    喘息    アトピー性皮膚炎  
 食物アレルギー ( \_\_\_\_\_ )    じんましん  
 その他 (具体的に \_\_\_\_\_)

③-1 きょうだい: どなたですか?  兄    姉    弟    妹

- なし  
 あり →  花粉症    アレルギー性鼻炎    喘息    アトピー性皮膚炎  
 食物アレルギー ( \_\_\_\_\_ )    じんましん  
 その他 (具体的に \_\_\_\_\_)

③-2 きょうだい: どなたですか?  兄    姉    弟    妹

- なし  
 あり →  花粉症    アレルギー性鼻炎    喘息    アトピー性皮膚炎  
 食物アレルギー ( \_\_\_\_\_ )    じんましん  
 その他 (具体的に \_\_\_\_\_)

3.今までのお子様の栄養はどのようにされてきましたか？（□にチェック☑を）

母乳のみ →はじめから完全母乳 はじめの頃（産院など）はミルクも併用した

ミルクのみ→現在お使いのミルク名： \_\_\_\_\_

混合栄養 →現在お使いのミルク名： \_\_\_\_\_

4.ご家族にタバコを吸う方はいらっしゃいますか？（□にチェック☑を）

いない

いる →それはどなたですか？：父 母 祖父 祖母 その他（ \_\_\_\_\_ ）

どこで吸いますか？： 室内 換気扇の下 屋外のみ（ベランダ含む）

5.ペットは飼われていますか？（□にチェック☑を）

飼っていない

昔、飼っていた → \_\_\_\_\_ ぐらい年まで、 \_\_\_\_\_ を飼っていた

現在、飼っている → 犬(室内) 犬(屋外) 猫 ウサギ 鳥( \_\_\_\_\_ )

ハムスター その他( \_\_\_\_\_ )

よく行くお家(実家や友人宅)で飼っている

→ 犬(室内) 犬(屋外) 猫 ウサギ 鳥( \_\_\_\_\_ )

ハムスター その他( \_\_\_\_\_ )

6.住居環境に関しておたずねします。（□にチェック☑を）

①タタミやじゅうたんはありますか？ ない

ある（タタミ じゅうたん 両方）

②ソファはありますか？ ない

ある（皮製 布製 その他: \_\_\_\_\_ ）

③寝床は？ ベッド 敷き布団

④枕は？ 綿 そばがら パイプ 羽毛 低反発 ビーズ その他( \_\_\_\_\_ )

⑤ぬいぐるみは？ ない ある（多数 少数）

7.今までに薬剤や注射(予防接種含む)でアレルギー症状を起こしたことはありますか？

ない

ある(具体的に： \_\_\_\_\_ )

## 《湿疹・アトピー性皮膚炎》

- 1.いつ頃から湿疹が出ましたか？ \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月頃
- 2.症状は何ヶ月程度繰り返していますか？ \_\_\_\_\_ ヶ月程度
- 3.湿疹が気になる部位はどこですか？（あてはまるすべての□にチェック☑を）  
頭(生え際含む) 耳 顔(頬・目周囲・口周囲) 腹部 背部(腰含む)  
臀部 鼠径部 上肢(手の甲・手首・肘内側) 下肢(大腿・膝裏・足の甲)
- 4.お子様が皮膚のかゆみで夜間に起きてしまうことやぐずってしまう事がありますか？  
ない  
ある→ほぼ毎日 週に2~3回
- 5.現在使用している軟膏はありますか？（□にチェック☑を）  
ない  
ある→ワセリン(プロペト) ヒルドイド軟膏 ヒルドイドローション  
ワセリン+ヒルドイド混合剤 ワセリン+ステロイド剤( )混合剤  
ヒルドイド+ステロイド剤( )混合剤  
ステロイド軟膏( ) プロトピック軟膏 その他( )
- 6.軟膏処方時に塗り方を指導されましたか？  
されなかった  
された→（具体的に： \_\_\_\_\_ )
- 7.ステロイド軟膏を塗ることに対して抵抗がありますか？  
ない  
ある（具体的に： \_\_\_\_\_ )
- 8.特に聞きたいことがあれば自由にお書きください。  
[ \_\_\_\_\_ ]

## 《食物アレルギー》

1.今回は何の食物アレルギーを心配されていますか？

あるいは現在何アレルギーと診断されていますか？（□にチェック☑を）

卵 牛乳 小麦 魚(具体的に： ) ピーナッツ そば  
果物（具体的に： ) その他（ )

2.その食物を食べた際にどのような症状が出ましたか？（□にチェック☑を）

発疹・じんましん（→唇周囲 顔全体 腹部 全身）

かゆみ 咳 呼吸困難 腹痛 アナフィラキシーショック

3.その症状は摂取後どのくらいで出ましたか？（□にチェック☑を）

摂取直後 15～30分後 1時間後 2～3時間後 半日後 翌日以降

4.その症状が出たきっかけ（運動・病気・イベント等）や季節などについて、何か心当たりはありますか？

ない

ある→(具体的に： )

5.症状が出た時に医療機関は受診されましたか？

受診しなかった

受診した→(具体的な治療など： )

6.今までにアレルギー検査をしたことはありますか？

いいえ

はい(→はいの場合は下記の例を参考に具体的に記載してください)

〔 (例)血液検査の結果から、今までは加工品含めてミルクは与えていません。 〕

7.現在の状況は？（□にチェック☑を）

完全除去

加工品は食べても大丈夫

全く除去はしていない

ご協力ありがとうございました。しみず小児科・内科クリニック

## 《気管支喘息(長引く咳・ゼーゼー)》

- 1.いつ頃から始まりましたか？ \_\_\_\_\_ 歳\_\_\_\_\_ヶ月
- 2.最近1年の間にゼーゼー、ヒューヒューしたことがありましたか？(□にチェック☑を)  
□ない  
□ある→そのような発作は何回ありましたか？ □1~2回 □3回以上
- 3.ゼーゼー、ヒューヒューが起こりやすい季節はありますか？(□にチェック☑を)  
□春 □梅雨時 □夏 □秋 □冬 □季節には関係ない
- 4.一日の中で起こりやすい時間帯はいつですか？(□にチェック☑を)  
□起きがけ □日中 □寝入りばな □明け方 □その他( )
- 5.最近1年の間に運動中や運動後にゼーゼー、ヒューヒューしたことはありましたか？  
□ない  
□ある→どのくらいの頻度でありますか？ □毎回 □時々 □ごくたまに
- 6.ゼーゼーするきっかけは何かありますか？(□にチェック☑を)  
□風邪 □運動 □行事 □外出 □その他( )
- 7.これまでに検査や治療を受けたことはありますか？  
□ない  
□ある→(具体的に： )
- 8.ご両親のいずれかに気管支喘息既往がありますか？  
□ない  
□ある→(父・母・両方)
- 9.お子さんがアトピー性皮膚炎と診断されたことはありますか？  
□ない  
□ある
- 10.お子さんに卵・牛乳・ピーナッツのアレルギーはありますか？  
□ない  
□ある→(卵・牛乳・ピーナッツ)

ご協力ありがとうございました。しみず小児科・内科クリニック

## 《花粉症・アレルギー性鼻炎》

1.どんな症状がありますか？（□にチェック☑を）

鼻水 鼻づまり くしゃみ 目のかゆみ その他( )

2.例年いつ頃に起きますか？（□にチェック☑を）

春 梅雨時 夏 秋 冬 ほぼ1年中

3.これまでに検査や治療はしたことがありますか？

いいえ

はい（→具体的に： )

ご協力ありがとうございました。しみず小児科・内科クリニック