

ID番号 () 平成 () 年 () 月 () 日受診

アレルギー外来初診患者問診票

ふじもとクリニック

フリガナ ()

お名前 () (男 女) 生年月日(昭和・平成 年 月 日)

住所 〒 - 茨木、 市

電話番号 - - (自宅・携帯)

身長 () cm 体重 () kg

以下の質問に○をするか、筆記でお答え下さい。判る範囲で構いません。

① どんな症状でお困りですか？

	いつ頃から	起こる頻度、原因食物等内容	薬は
咳 ゼイゼイ		月に1回以上 週に1回以上 毎日	吸入 内服
鼻水 鼻閉 くしゃみ		月に1回以上 週に1回以上 毎日	内服 点鼻
湿疹 じんましん		月に1回以上 週に1回以上 毎日	内服 軟膏
食物アレルギー		卵 牛乳 小麦 他 ()	内服 エピペン

他に気になることは？ ()

② 患者さんからみて2親等以内(両親・祖父母・兄弟)に次の病気がありますか？

気管支喘息 (誰)

アレルギー性鼻炎・花粉症 (誰)

アトピー性皮膚炎 (誰)

食物・薬のアレルギー (誰)

③ 生活環境についてお聞きします。

今住んでいる家は【一戸建て・マンション・アパート・その他 】

築年数は () 年 風通しは【良い・悪い】

主に生活する部屋の床は【畳・畳+絨毯・フローリング・フローリング+絨毯】

寝室の床は【畳・畳+絨毯・フローリング・フローリング+絨毯】

ソファは【ない・ある(布製・皮製・その他)】 ぬいぐるみは【ない・ある () 個】

ペットは【いない・いる () が () 匹で(屋内・屋外)】

掃除機かけは【毎日・週 () 回・月 () 回・しない】

布団干しとその掃除機かけは【毎日・週 () 回・月 () 回・しない】

家の中にタバコを吸う人は【いない・いる () が1日に () 本】

④ 15歳以下の小児の方に乳児期の事についてお聞きします。

生後6ヵ月までの栄養法は【母乳・混合・人工】 離乳食は () ヵ月から始めた。

湿疹が気になり出したのは【() ヵ月頃から、(かさかさ・じくじく)していた】

咳・ゼイゼイはありましたか？【ない・ある () ヵ月頃から】

⑤ 最後に他に相談されたいことがあればお書きください。