

# アレルギー問診票

お名前 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 生年月日 20 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

- ① 乳児期に湿疹はありましたか？      ☐ いいえ      ☐ はい      (生後 \_\_\_\_ ヶ月頃から)
- ② どのような湿疹の治療をしていましたか？      ☐ 保湿剤    ☐ ステロイド外用剤    ☐ その他
- ③ 授乳期の栄養方法はどれでしたか？      ☐ 母乳      ☐ 粉ミルク      ☐ 混合栄養
- ④ 離乳食はいつ頃始めましたか？      生後 \_\_\_\_ ヶ月頃から
- ⑤ 家族にアレルギー疾患の方はいますか？  
父      ☐ なし      ☐ あり      (アトピー性皮膚炎・気管支喘息・食物アレルギー・花粉症)  
母      ☐ なし      ☐ あり      (アトピー性皮膚炎・気管支喘息・食物アレルギー・花粉症)
- ⑥ ペットは飼っていますか？      ☐ いいえ      ☐ はい (イヌ・ネコ・その他 \_\_\_\_\_)
- ⑦ 家族でタバコを吸う方はいますか？      ☐ いいえ      ☐ はい
- ⑧ 喘息と診断された事がありますか？      ☐ いいえ      ☐ はい (使用している薬剤名 \_\_\_\_\_)
- ⑨ アレルギー性鼻炎はありますか？      ☐ いいえ      ☐ はい (使用している薬剤名 \_\_\_\_\_)
- ⑩ アレルギー性結膜炎はありますか？      ☐ いいえ      ☐ はい (使用している薬剤名 \_\_\_\_\_)

→次のページへ

