

済生会こどもクリニック アレルギー問診

氏名 _____ (男・女) 年齢： _____ 歳 _____ カ月

※今まで受けたアレルギー検査結果の用紙があれば、同時に提出をお願いいたします。
宜しければ受付にてコピーをとらせていただきます。

《共通》

1. 本日相談されたいアレルギー疾患はなんですか？

- 食物アレルギー 湿疹・アトピー性皮膚炎
気管支喘息 アレルギー性鼻炎
その他（内容： _____ ）

それぞれ《共通》の問診票のほかに、個別の問診票にもお答えください。

例) 食物アレルギー； 《共通》と《食物アレルギー》の問診票にお答えください。

2. ご家族の方にアレルギーの方はいらっしゃいますか？

いらっしゃればアレルギーをお持ちの方にチェックをいれ、詳細を教えてください。

母親

- 花粉症・アレルギー性鼻炎 喘息（現在も罹患中・小児喘息）
アトピー性皮膚炎 じんましん
その他（具体的に： _____ ）

父親

- 花粉症・アレルギー性鼻炎 喘息（現在も罹患中・小児喘息）
アトピー性皮膚炎 じんましん
その他（具体的に： _____ ）

きょうだい-1（ 兄 姉 弟 妹 () 歳 ）

- 花粉症・アレルギー性鼻炎 喘息（現在も罹患中・小児喘息）
アトピー性皮膚炎 じんましん
その他（具体的に： _____ ）

きょうだい-2（ 兄 姉 弟 妹 () 歳 ）

- 花粉症・アレルギー性鼻炎 喘息（現在も罹患中・小児喘息）
アトピー性皮膚炎 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？

- 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. 離乳食を開始されているお子様は以下について教えてください。

- ①離乳食開始時期：生後 _____ カ月
②離乳食で卵・牛乳・大豆・小麦はいつから開始しましたか？
・卵：生後 _____ カ月 ・牛乳：生後 _____ カ月
・小麦：生後 _____ カ月 ・大豆：生後 _____ カ月

5. 同居しているご家族にタバコを吸う方はいらっしゃいますか？

- いない
いる→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 野外のみ(ベランダ含む)

6. ペットは飼われていますか？

- 飼っていない
昔飼っていた (_____ 年前まで _____ を飼っていた)
現在飼っている
犬(室内) 犬(野外) 猫 うさぎ 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(野外) 猫 うさぎ 鳥 (_____)
ハムスター その他 (_____)

7. 住居環境についておたずねします。

- ①たたみや絨毯はありますか？ ない ある (たたみ 絨毯 両方)
②ソファはありますか？ ない ある (皮製 布製 その他(_____))
③寝床はどちらですか？ ベッド 敷布団
④枕はなにが主体のものを使っていますか？
綿 そばがら パイプ 羽毛 低反発 ビーズ その他(_____)
⑤ぬいぐるみはありますか？ ない ある (多数 少数)

8. 薬剤や注射(予防接種を含む)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： _____)

食物アレルギー問診票

1. 今回はなん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？

- 卵 牛乳 小麦 大豆 そば えび かに
魚（具体的に： ） ナッツ類（具体的に ）
果物（具体的に： ）
その他（具体的に： ）

2. その食物を食べた時にどのような症状が出ましたか？

食品1：（食物名： ）

・症状出現時間

- 摂取直後 15-30分後 1時間後 2-3時間後 半日後 翌日以降

・出現した症状

- 発疹・蕁麻疹→ 口唇周囲 顔全体 腹部 全身
かゆみ 咳 呼吸困難
腹部症状（嘔吐 下痢 腹痛 その他（具体的に： ））
アナフィラキシーショック

食品2：（食物名： ）

・症状出現時間

- 摂取直後 15-30分後 1時間後 2-3時間後 半日後 翌日以降

・出現した症状

- 発疹・蕁麻疹→ 口唇周囲 顔全体 腹部 全身
かゆみ 咳 呼吸困難
腹部症状（嘔吐 下痢 腹痛 その他（具体的に： ））
アナフィラキシーショック

食品3：（食物名： ）

・症状出現時間

- 摂取直後 15-30分後 1時間後 2-3時間後 半日後 翌日以降

・出現した症状

- 発疹・蕁麻疹→ 口唇周囲 顔全体 腹部 全身
かゆみ 咳 呼吸困難
腹部症状（嘔吐 下痢 腹痛 その他（具体的に： ））
アナフィラキシーショック

3. その症状がでたきっかけ（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： _____)

4. 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

→どんな説明をされましたか？

(_____)

→どんな治療をされましたか？

経過観察 抗アレルギー薬処方 点滴確保

それ以外(_____)

5. 食物アレルギー症状出現時に備えて、投薬はされていますか？

エピペン： いいえ はい：エピペンの使用期限 (_____)

内服薬 : いいえ はい：お薬の名前 (_____)

6. 今までにアレルギー検査はしたことがありますか？

いいえ

はい（はいの方はその検査結果についてどう説明されたか教えてください）

(例) 卵陽性と言われ、卵の摂取を全面的に禁止と説明されました。

(_____)

7. アレルギー食品に対して現在の対応を教えてください。

食品1 完全除去 加工品は食べても大丈夫 全く除去していない

食品2 完全除去 加工品は食べても大丈夫 全く除去していない

食品3 完全除去 加工品は食べても大丈夫 全く除去していない

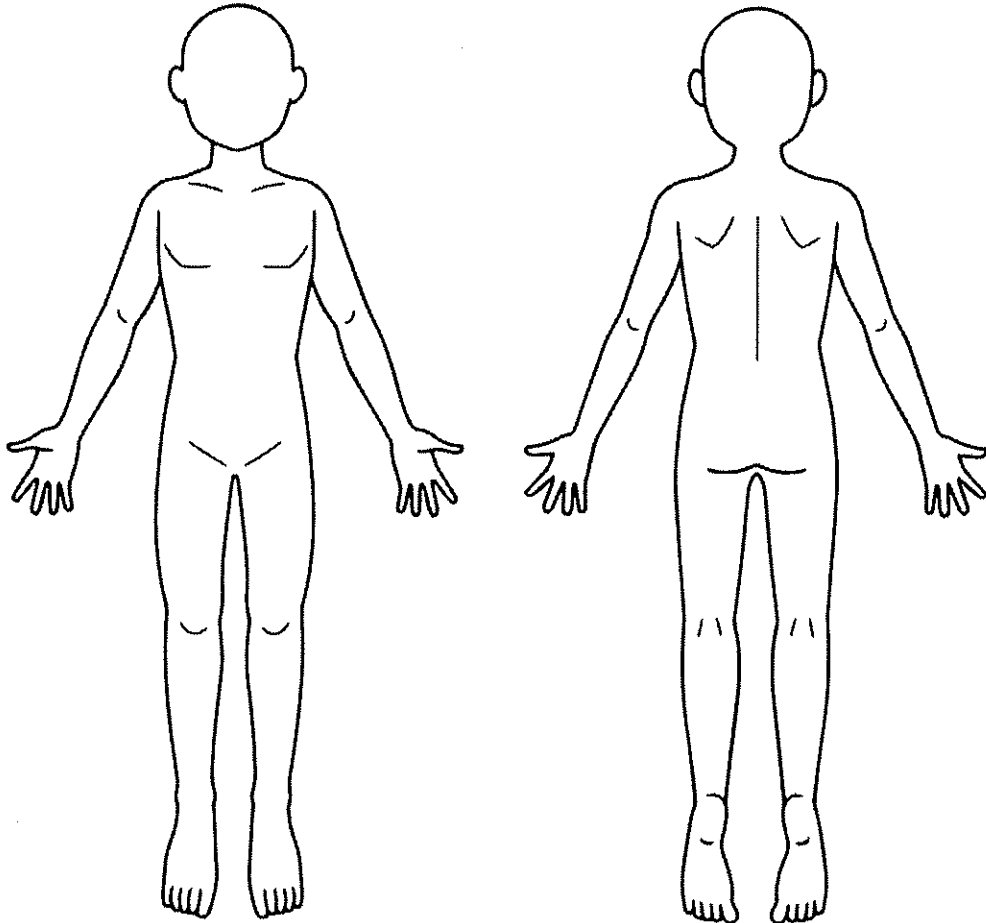
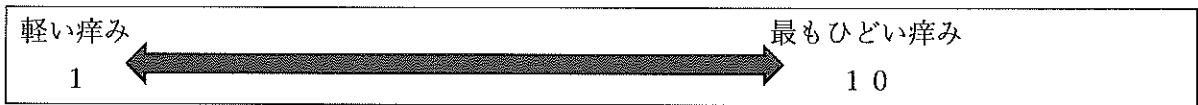
湿疹・アトピー性皮膚炎問診票

1. いつ頃から湿疹がでましたか？ _____ 歳 _____ カ月

2. 症状は何ヶ月程度繰り返していますか？ _____ カ月程度

3. 湿疹が気になる部位はどこですか？

気になる部位に印をつけるとともに、痒みの程度も10段階で教えてください。



4. お子様は皮膚の痒みで夜間に起きてしまうことやぐずることはありますか？

ない ある (ほぼ毎日 週に2-3回)

5. 入浴時、石けんでからだや顔をあらっていますか？

からだも顔も石けんで洗っている
からだのみ石けんで洗っている
石けんを使わずにお湯で洗っている
その他

6. 入浴時、体を洗う時どうやって洗っていますか？

手で洗っている ガーゼを使用 ナイロンタオルを使用
泡で洗っている タオルを使用 スポンジを使用

7. 石けんを使用している方は、使用している石けんはどういったものですか？

固形石けん 液体ソープ 泡ソープ 沐浴剤

商品名：(_____)

8. 保湿剤を使用していますか？

使用していない

使用している→商品名：(_____)

9. ステロイド軟膏を塗ることに対して抵抗はありますか？

ない

ある

(具体的に： _____)

10. 特に聞きたいことがあれば自由にお書きください。

(_____)

花粉症・アレルギー性鼻炎問診票

1. どんな症状がありますか？

- 鼻水 鼻づまり くしゃみ 目の痒み
その他 (_____)

2. 例年どの時期におきますか？

- 春 梅雨時 夏 秋 冬 ほぼ1年中

3. これまでに検査や治療を受けたことがありますか？

- ない
ある：(具体的に _____)

気管支喘息問診票

1. いつ頃から始まりましたか？ _____ 歳 _____ カ月
2. 最近1年間にゼーゼー、ヒューヒューしたことがありますか？
 ない
 ある； 1年に1-2回 1年に3回以上
3. 最後に発作起こしたのはいつですか？わかる範囲で教えてください。
 _____ ケ月前 _____ 日前
4. 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？
 春 梅雨時 夏 秋 冬 季節には関係ない
5. 1日の中で起こりやすい時間帯はいつですか？
 起きがけ 日中 寝入りばな 明け方 その他 ()
6. 最近1年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すか？
 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
7. ゼーゼーするきっかけに思い当たるものはありますか？
 風邪 運動 行事 () 外出 その他 ()
8. これまでに検査や治療を受けたことがありますか？
 ない
 ある：(具体的に _____)
9. ご両親のいずれかに気管支喘息の既往はありますか？
 ない
 ある (父 母)
10. 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
11. 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