アレルギー　問診票

記入日	年　　月　　日
ID	
名前	

◎今までにかかったことがある、または現在かかっているアレルギー疾患について教えてください

□喘息(小児を含む)　□アレルギー性鼻炎　□アレルギー性結膜炎　□アトピー性皮膚炎　□じんましん

□花粉症(種類：　　)　□食物アレルギー(食品名：　　)　□薬疹

□金属アレルギー(種類：　　)　□その他(　　)

アトピー性皮膚炎

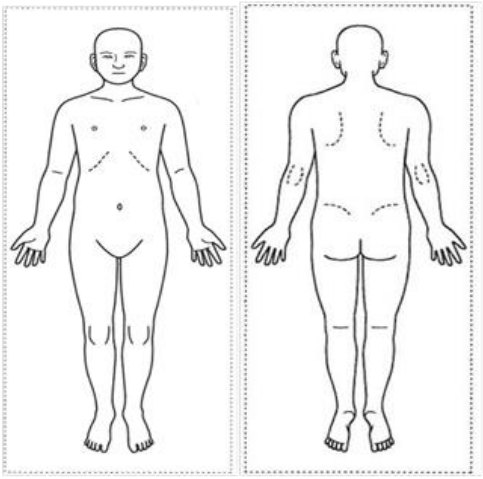
◎今までにアトピーと診断されたことがありますか

□はい(　　歳時)　□いいえ

◎今までで症状が一番ひどい時期はいつ頃でしたか

□春　□夏　□秋　□冬　□一年中

* 皮膚症状のある部位を斜線で示して下さい。
*一番ひどい部位に〇をして下さい。



◎症状に対して、市販薬を含めて塗った薬、飲んだ薬はありますか

⇒□はい（下記✓してください）□いいえ

【塗り薬】

タクロリムス(プロトピック)⇒□ある　□ない

コレクチム⇒□ある　□ない

ステロイド⇒□ある(名前：　　)

□ない

保湿剤⇒□ある(名前：　　)

□ない

【飲み薬】

□ある(名前　　)

□ない

花粉症・アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎

◎いつから：(　　)日前・(　　)ヶ月前・(　　)年前

◎当てはまる症状に✓をつけてください

□咳がでる　□息苦しい　□痰が絡む

□喉が痛い　□口の中・喉の違和感

□鼻水　□鼻づまり　□くしゃみ

□目の痒み　□目の違和感　□目の腫れ

□皮膚のかゆみ　□皮膚の赤み　□発疹

◎今までで症状が一番ひどい時期はいつ頃でしたか

□春　□夏　□秋　□冬　□一年中

◎症状に対して、市販薬を含めて飲んだ薬、使用した薬はありますか

□ある(薬の名前：　　)

□ない

気管支喘息

◎いつから：(　　)日前・(　　)ヶ月前・(　　)年前

◎今までで症状が一番ひどい時期はいつ頃でしたか

□春　□夏　□秋　□冬　□一年中

◎症状に対して、市販薬を含めて飲んだ薬、使用した薬(吸入薬)はありますか

□ある(薬の名前：　　)

□ない

食物アレルギー

◎いつ、どんな症状が出ましたか

(　　)

◎どの食品で症状が出ましたか

(　　)

◎食品を摂取してどのぐらいで症状がでましたか

(　　)