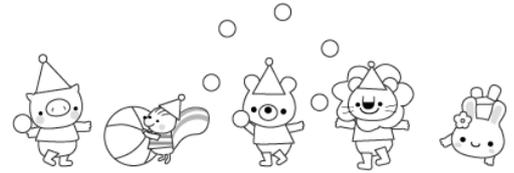


外来アレルギー問診票

ID _____

お名前 _____

生年月日 年 月 日※ 年齢 歳 ヶ月



1. アレルギー疾患はありますか？

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

2. 家族の方にアレルギーの方はいらっしゃいますか？

①母 : 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 蕁麻疹
食物アレルギー () その他 ()

②父 : 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 蕁麻疹
食物アレルギー () その他 ()

③兄弟-1 姉 兄 妹 弟
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 蕁麻疹
食物アレルギー () その他 ()

③兄弟-2 姉 兄 妹 弟
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 蕁麻疹
食物アレルギー () その他 ()

3. ペットは飼われていますか？

- 飼っていない 昔飼っていた→期間 () 種類 ()
現在飼っている 犬(室内) 犬(室外) 猫 その他 ()
よく行くお家(実家や友人宅等)で飼っている 犬(室内) 犬(室外) 猫
その他 ()

4. 生まれてから皮膚トラブルがありましたか？

- なし あったが治っている→乳児湿疹 () から () まで治療していた
乾燥 よだれかぶれ その他 ()
現在治療中→アトピー性皮膚炎→使用中の薬 ()
保湿剤 ()
乾燥 よだれかぶれ その他 ()
使用中の薬 () 保湿剤 ()

5. 気管支喘息のかたはお答えください。

- ①使用中の薬はありますか？ なし あり ()
②どのくらいの頻度で、咳込み・ゼーゼー・ヒューヒューしていました(います)か？
ほぼ毎日 週に () 回 1か月に数回 2-3か月に1回 年に数回(季節の変わり目など)
③風邪を引いた時にゼーゼー(ヒューヒュー)したことがありますか？
ない ある

6.食物アレルギーのかたはお答えください。

今まで症状が出たことがありますか？

□なし □あり→いつごろ、何を食べて（触れて）どのような症状が出ましたか？

いつ頃	何を	どのくらい食べて	どのくらい時間がたった後、どんな症状がでて、どうなった
歳 ヶ月			

7.現在、困っていることはありますか？



★☆これまでに他院で行ったアレルギー検査の結果があれば見せてください☆☆★

8.現在の食物摂取状況を教えてください。現在食べている様子に○をつけて下さい。

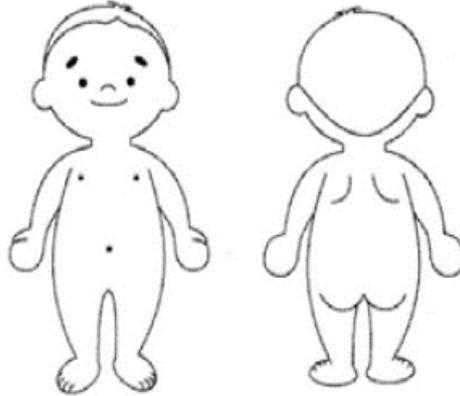
		食べた事がない	除去中	除去製品利用	少しは食べている	普通に食べている	備考	
卵	ゆで卵黄							
	ゆで卵白							
	うすら卵							
	練り物							
	肉加工品							
	揚げ物							
	中華麺							
	パン							
	クッキー							
	ケーキ							
	茶碗蒸し							
	プリン							
	卵スープ							
	マヨネーズ							
乳	牛乳							
	ヨーグルト							
	チーズ							
	チョコレート							
	乳酸菌飲料							
	バター							
小麦	ゆでうどん							
	そうめん							
	マカロニ							
	パン							
	クッキー							
	コンソメ							
	しょうゆ							
大麦	大麦							
	麦茶							
甲殻類	えび							
	かに							
魚	たら							
	さけ							
	まぐろ							
	さば							
	しらす							
	魚の缶詰							
	練り物							
	だし汁							
	魚卵	いくら						
		たらこ						
子持ちししゃも								
ピーナッツ								
ナッツ	アーモンド							
	クルミ							
	カシューナッツ							
	ピスタチオ							
ごま								
果物	リンゴ							
	バナナ							
	キウイ							
	モモ							
大豆	豆腐							
	納豆							
	きなこ							
	豆乳							
味噌								
そば								
その他								

お肌について

- 1 お肌で困っていることはなんですか？
 オムツかぶれ よだれかぶれ 乾燥肌 湿疹 かゆみ アトピー性皮膚炎
 脂漏性湿疹 手湿疹・手荒れ スキンケア方法
 その他 ()

- 2 受診されたきっかけはなんですか？
 近くにあるから かかりつけだから 病院からの紹介 口コミを見て
 その他 ()

- 3 気になる部分はどこですか？



- 4 現在のかゆみの程度はどのくらいですか？



- 5 かゆみによって睡眠への影響はどのくらいありましたか？



- 6 これまでスキンケアについて説明を受けたことがありますか？

ない ある

- 7 スキンケアについて知りたいことはありますか？

メリット、デメリット 目的 治療目標、治療プラン 処方薬

いつまで薬を使うのか

その他 ()

- 8 ステロイドについて不安に思っていることはありますか？

なし

あり 皮膚が黒くなる リバウンド 皮膚が厚くなる 薬をやめられない

副作用 口コミ インターネットの情報 薬の強さ

その他 ()

9 入浴時、石けんでからだや顔を洗っていますか？
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
石けんは使わずお湯で洗っている
その他（)

10 入浴時、身体を洗うときはどうやってあらっていますか？
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

11 使用している石けんはこういったものですか？
使用していない
使用している → 固形石けん 液体ソープ 泡ソープ 沐浴剤
商品名（)

12 どんな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（)

13 これまでどんな経過でしたか？覚えていれば使用した薬剤等も詳しくご記入ください

14 今回の治療で望んでいることは何ですか？
詳細な説明（根拠やデータ、メカニズム）
具体的な体験を通じた説明（塗布量や洗浄方法）
その他
（)

15 今回の治療に関してどういう気持ちですか？

16 気になることやご心配等あれば何でも自由にご記入ください
例) 今まで〇〇の薬を使っても治らなかった。薬を使うとよくなるけどやめるとひどくなる等