

問診票

記載日 年 月 日
氏名 男 女
生年月日 平成・令和 年 月 日 年齢 歳 ヶ月

1. お子様について教えてください

在胎 週 日 (予定日どおりだと 40 週 0 日です)

出生体重 g

① 妊娠中の異常はありましたか？

あり：切迫流産 切迫早産 感染症 貧血 その他 ()

なし

② 分娩時の異常はありましたか？

あり：帝王切開 骨盤位 その他

なし

③ 生まれて退院するまでに異常はありましたか？

あり：黄疸 呼吸障害 その他

なし

④ これまで大きな病気や入院の既往はありますか？

あり：喘息 熱性痙攣 その他

なし

⑤ その他気になることなどがありましたらお書きください。

2. 家族構成とアレルギー疾患歴（以下の番号より選んでください）

- 1.気管支喘息 2.アトピー性皮膚炎 3.食物アレルギー 4.アレルギー性鼻炎
5.アレルギー性結膜炎 6.蕁麻疹 7.果物で口の中や喉に違和感が出る

続柄	年齢（歳）	アレルギー疾患歴（小児期の既往を含む）
(例) 姉	5	1、2
父		
母		

3. 同居されているご家族の中に喫煙される方はおられますか？

（ いない ・ いる : 父 母 その他_____ ）

4. ペットについて伺います。

① 現在、自宅もしくは実家でペットを飼っておられますか？

該当するものに○をつけてください。

自宅	室内	室外	いない	実家	室内	室外	いない
イヌ				イヌ			
ネコ				ネコ			
小鳥				小鳥			
その他				その他			

② 過去に、自宅もしくは実家でペットを飼っておられましたか？

該当するものに○をつけてください。

自宅	室内	室外	いない	実家	室内	室外	いない
イヌ				イヌ			
ネコ				ネコ			
小鳥				小鳥			
その他				その他			

病歴調査（湿疹・食物アレルギー）

記載日 年 月 日

氏名 男 女

1. いつ頃から湿疹が出ましたか？ 生後 月 日 ・ 湿疹はない
2. その部位はどこですか？ 頭 顔 体 腕 足 その他（ ）
3. 入浴は1日何回ですか？ （ 回）
4. 入浴の際、石鹸は使用していますか？ 1.はい 2.いいえ
5. これまでに湿疹に関して医療機関を受診したことはありますか？
1.小児科 2.皮膚科 3.その他 _____
6. これまでに処方された薬剤について教えてください
軟膏(なし・あり): 商品名()
内服(なし・あり): 商品名()

<湿疹・食物アレルギー治療歴>

年齢	症状	治療方法	治療結果
例：4ヶ月	顔面の湿疹	ロコイド軟膏と卵の除去	変わらない

7. 栄養方法について伺います

- ① 母乳を与えていましたか？ 1.はい（ 月～ 月） 2.いいえ
- ② 人工乳を与えていましたか？ 1.はい（ 月～ 月） 2.いいえ
- ③ 人工乳の種類は何ですか？
 - 普通の粉ミルク
 - アレルギー用ミルク 商品名 _____
- ④ 離乳食の開始はいつですか？ 生後 月 日 ・ 未開始

8. これまで食物の除去を行ったことがありますか？

1.はい

2.いいえ

9. 4で「はい」と答えた方についてお願いします

① 除去品目と除去開始時期をお教え下さい。

② ア) 判断、イ) 除去の理由、ウ) 現在の除去の状況、エ) お母様の除去状況（授乳中の場合）について、下の選択肢から番号を選び記入してください。（複数回答可）

ア) どなたの判断ですか？

1.小児科医 2.皮膚科医 3.両親 4.助産師 5.その他

イ) 除去の理由は何でしたか？

1.食べて明らかに症状が出た 2.除去して明らかに症状が改善した

3.検査結果陽性（血液検査、皮膚テストなど） 4.その他

ウ) 現在の状況はいかがですか？

エ) お母様の除去状況はいかがですか？

1.完全除去中

2.普通に食べている

3.少しだけ食べている（食べ始めた時期と食品をお答えください）

食物除去品目	除去開始時期	ア) 判断	イ) 理由	ウ) 現在の状況	エ) お母様
(例) 卵	4ヶ月	1.	3.蕁麻疹と咳が出た。	3.(10ヶ月パン・クッキー)	2.(10ヶ月)

■ その他、何かございましたらご記入ください。