

アレルギー初診問診票

名前(カタカナ)

生年月日(西暦)

外来共通問診票と重複する質問がありますが、可能な限り詳細に記載してください。

出生歴、既往歴について

- ① 出生について 在胎__週__日、出生体重_____g
- ② 妊娠中に何か問題がありましたか？
なし あり:切迫早産 切迫流産 妊娠糖尿病 その他()
- ③ 分娩時に何か問題がありましたか？
なし
あり:帝王切開(理由:) 新生児仮死 その他()
- ④ 生まれて退院するまでに何か問題がありましたか？
なし
あり:黄疸 呼吸障害 その他()
- ⑤ 母乳を与えていましたか？
いいえ
はい(ヶ月から ヶ月まで)
- ⑥ 人工乳を与えていましたか？
いいえ
はい(ヶ月から ヶ月まで)
普通ミルク アレルギー用ミルク(商品名:)
- ⑦ これまで通院が必要な病気の既往や、入院したことはありますか？
なし
あり:病名()

家族歴・環境などに関する質問

1. お子様がこれまで医師に診断されたアレルギー疾患の診断された年齢を記入ください。

- | | | | |
|------------|-------------------|-------------|-------------------|
| ① 気管支ぜん息 | (____ 歳 ____ ヶ月) | ⑤ アレルギー性鼻炎 | (____ 歳 ____ ヶ月) |
| ② アトピー性皮膚炎 | (____ 歳 ____ ヶ月) | ⑥ アレルギー性結膜炎 | (____ 歳 ____ ヶ月) |
| ③ 食物アレルギー | (____ 歳 ____ ヶ月) | ⑦ 薬物アレルギー | (____ 歳 ____ ヶ月) |
| ④ 花粉症 | (____ 歳 ____ ヶ月) | ⑧ 金属アレルギー | (____ 歳 ____ ヶ月) |

2. 家族構成、アレルギー歴、喫煙について教えてください。

- | | | |
|-----------|------------|-------------|
| ① 気管支ぜん息 | ② アトピー性皮膚炎 | ③ 食物アレルギー |
| ④ 花粉症 | ⑤ アレルギー性鼻炎 | ⑥ アレルギー性結膜炎 |
| ⑦ 薬物アレルギー | ⑧ 金属アレルギー | ⑨ その他 |

続柄	年齢	アレルギー病歴	その他	喫煙	続柄	年齢	アレルギー病歴	その他	喫煙
(例)兄	20	① ③ ④	エビ、カニ	○					

3. 飼っているペットとその数を記入してください。

自宅	現在		過去		実家	現在		過去	
	室内	室外	室内	室外		室内	室外	室内	室外
イヌ					イヌ				
ネコ					ネコ				

4. アレルギー環境指導を受けたことがありますか？

- いいえ
 はい
 わからない

食物アレルギーに関する質問

- 問1. 現在、食べないようにしている食物を下の表に全て記入してください。
 問2. 食べない理由が医師の指示であるものにチェックを入れてください。
 問3. 除去している理由で最も該当する理由を下の①～⑥の中から1つ選んでください。

問 1	問 2	問 3	問 1	問 2	問 3
除去している食物	医師指示の有無	除去理由	除去している食物	医師指示の有無	除去理由
(例)いくら	✓	①	4.		
1.			5.		
2.			6.		
3.			7.		

<問 3 の除去理由の選択肢>

- ① 口の中の症状や口周りの症状のみ
- ② 皮膚(皮疹など)や呼吸器(咳など)など、1つの臓器症状が出たため
- ③ 皮疹と咳、皮疹と嘔吐など、2つ以上の臓器症状が出たため
- ④ その食べ物を除去すると症状(湿疹や下痢など)が良くなったため
- ⑤ 食べたことはないが検査が陽性だったため
- ⑥ 検査はしていないが、食べることに不安があるため

- 問4. これまで経験した全ての食物アレルギー症状を例にならって時系列に記入してください。

年齢	食べ物	形態	量	発症時間	具体的な症状	受けた治療
(例)9ヶ月	鶏卵	たまごボーロ	3個	30分	顔とお腹に蕁麻疹が出た後、咳こみとゼいぜいした。	アレルギー薬の内服と吸入

- 問5. エピペンを処方されていますか？
はい、指導あり はい、指導なし いいえ

ぜん鳴と気管支ぜん息に関する質問

1. **ゼイゼイ、ヒューヒューしたことがありますか。あれば“はじめて”はいつ頃ですか？**

なし あり(はじめては__歳__カ月頃)

2. **RS ウイルス感染が原因で入院したことがありますか？**

なし あり(__歳__カ月) わからない

3. **最近3カ月間で該当するものがあれば、回数や頻度を記入してください。**

ゼイゼイ、ヒューヒューした なし あり(__回)

ぜん息発作で気管支拡張薬の吸入をした なし あり(__回)

ぜん息発作で予定外の外来または救急受診 なし あり(__回)

4. **最近3ヶ月間で以下の症状に関して、該当する頻度にチェックを入れてください。**

なお、症状の原因(ぜん息や風邪など)は問いません。

① 夜間や朝のせき なし 2-3ヶ月に数日 月 2-3日 週 2-3日 毎日

② 運動時・後のせき なし 冬だけ多い 季節限らず時々 毎回

③ 風邪のときに長引くせき(2週間以上) なし 時々ある よくある

④ 繰り返すもしくは持続する鼻症状 なし 時々ある よくある

気管支ぜん息と診断されたことがある方は以下、5-8 も記載してください。

5. **気管支ぜん息で入院したことがありますか。あれば、その回数と入院はいつ頃ですか？**

ない ある(入院__回) (最後の入院) __歳__カ月

6. **気管支ぜん息で現在使用中のくすり(吸入・内服・貼り薬)はありますか？**

「定期内服・貼り薬」 あり なし

「定期吸入薬」 あり なし

7. **スパーサー(吸入補助器)を持っていますか？**

はい いいえ わからない

8. **吸入指導を受けたことがありますか？**

はい いいえ わからない

慢性湿疹、アトピー性皮膚炎に関する質問

慢性湿疹・アトピー性皮膚炎についてお伺いします。

1. 現在、治療しても4ヶ月以上(乳児は2ヶ月以上)続く湿疹や痒みがありますか？

はい …質問2へ

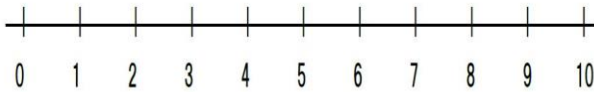
いいえ …6 ページへ(このページは記載不要です)

2. 最近3日間に関して、それぞれ最も当てはまる線の位置に○印をつけてください。

お子様が乳幼児の方は保護者の感覚で構いません。

1)かゆみはどの程度ですか？

2)かゆみによる睡眠障害はどの程度ですか？



全くかゆくない

かゆくてたまらない

寝られた

かゆくてほとんど寝れない

3. 現在使用している軟膏と塗っている部位をすべて記載してください。

(例)ロコイド

<ステロイド軟膏>

<保湿剤>

<その他>

4. アトピー性皮膚炎に対して内服していますか？

はい(薬品名) いいえ

5. スキンケア指導を受けたことがありますか？

はい いいえ

6. 軟膏療法指導を受けたことがありますか？

はい いいえ

アレルギー性鼻炎・結膜炎に関する質問

アレルギー性鼻炎、結膜炎がある方にお伺いします(ない方は記載不要です)。

1. 眼もしくは鼻の症状が悪化する時期はいつですか？悪化する時期を丸で囲んでください。

1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月

2. 鼻/眼の症状が**もっとも強い時期**の症状を以下に該当する口にチェックをしてください。
症状の強さは感覚的で構いません。

鼻/眼の症状	なし	軽い	やや重い	重い	非常に重い
鼻水	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
くしゃみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
鼻づまり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
鼻のかゆみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
目のかゆみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
なみだ目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. 鼻/眼の症状が**もっとも強い時期**の、症状の程度を以下に該当する口にチェックをしてください。年少児などで適切に答えられない場合は空欄で構いません。

質問項目	ない	軽い	ややひどい	ひどい	とてもひどい
勉強への差し障り	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
物事に集中できない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
運動への差し障り	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
遊びへの差し障り	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
外出を控えがち	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
だるい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
いらいら	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
睡眠障害・寝苦しい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. アレルギー性鼻炎・結膜炎で使用している薬剤はありますか？

はい(薬剤名: _____)

いいえ