

いからし小児科アレルギー性疾患問診票

記入 年 月 日

外来カルテ番号 _____ 大

氏 男 昭 年 月 日生 (才)
名 _____ 女 平

家族歴 : 家族、親戚の方で以下に罹患したことのある人を具体的〔例 (父・母)〕
に記入してください。いない場合は (-) として下さい。

喘息	()	湿疹がでしやすい	()
アレルギー性鼻炎	()	蕁麻疹	()
アレルギー性結膜炎	()	かぶれ易い	()
薬品アレルギー	()	その他	()

既往歴 : 今までの経過で下記につき○でかこんでください。

乳児期湿疹 (あり ・ なし)
ストロフルス (あり ・ なし)
蕁麻疹 (あり ・ なし)

風邪を引き易い [はい ————— 熱が (あり ・ なし)
いいえ 咳が長引く (はい ・ いいえ)
喘鳴 (ゼーゼー、ヒューヒュー) が
ある (あり ・ なし)

薬品アレルギー (あり ・ なし)

薬でショックを起こしたことがありますか。

あり (具体的に _____)
なし

ステロイドホルモンの使用 (あり ・ なし ・ 不明)

アレルゲンテストの実施 (あり ・ なし)

減感作療法の実施 (あり ・ なし)

発作時及び

現在の症状 : 下記のうち みられるものを○でかこんで下さい。

鼻汁 (水、膿性) ・ 鼻閉 ・ 鼻のむずむず感 ・ くしゃみ ・ 咳 ・ 痰 (水、膿性)
のどのかゆみ ・ 眼のかゆみ ・ 流涙 ・ 皮膚のかゆみ ・ 湿疹 ・ 喘鳴 (ゼーゼー、
ヒューヒュー) ・ 呼吸困難 ・ 起坐呼吸 (おきて肩で息をする) ・ 発熱 ・ 頭痛
倦怠感 ・ 動悸 ・ 息切れ ・ その他 (_____)

周囲の状況：アレルギーの原因を知る上で特に重要ですので具体的に書いて下さい。

または○でかこんで下さい。

家業 ()
父の職業 ()
母の職業・パート・内職 ()
住居建築後 3年以内 10年以内 20年以内 それ以上
押入れなどにかびが生える (はい ・ いいえ)
家の周囲に雑草が (多い ・ 少ない)
家の周囲に花粉の飛ぶ樹木(松・杉など)が (ある ・ ない)
家の中に蛾や虫が飛んで来る (多い ・ 少ない)
台所などにゴキブリが出る (はい ・ いいえ)
生きもの飼育 なし
あり イヌ・ネコ・トリ・虫・鯉・その他 ()
家族全員の枕の材質 ソバカラ・モミガラ・パンヤ・スポンジ・その他 ()

発作について：下記について記入または○でかこんで下さい。

季節に関係なく1年悪い

年間で特に悪い季節は 1月・2月・3月・4月・5月・6月

7月・8月・9月・10月・11月・12月

発症後間もないので季節との関係は不明

1日中で1番悪い時刻 朝方 ・ 日中 ・ 夕方 ・ 夜中

(時頃) (時頃) (時頃) (時頃)

原因と思われるもの……寒冷・湿気・日光・台風・前線通過(天気のかわりめ)

疲労・睡眠不足・食べすぎ・入浴・精神的影響

旅行(前・中・后)・行事(前・中・后)

特定の食品 ()

特定の吸入物(煙草、ワラ焼きの煙) ()

その他 ()

呼吸困難発作はいつからおこりはじめたか ()

その季節 ()

誘因になった病気なし・あり ()

目鼻アレルギーの場合は主な症状はいつからか ()

その季節 ()