# アレルギー疾患問診票

氏名 ：　　性別（　　）　年齢 ：

1 本日、相談されたいアレルギー疾患について教えてください。

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

2 ご相談されたいと思っていることをお書きください。

3 ご家族にアレルギーをお持ちの方はいらっしゃいますか？

① 母 ： □ なし　□ あり （　　）
② 父 ： □ なし　□ あり （　　）
③－1　きょうだい：どなたですか？　□ 姉　□ 兄　□ 妹　□ 弟
　□ なし　□ あり （　　）
③－2　きょうだい：どなたですか？　□ 姉　□ 兄　□ 妹　□ 弟
　□ なし　□ あり （　　）

4 ペットはいますか？

□ 飼っていない
□ 昔、飼っていた　→＿＿＿＿ぐらい前まで、＿＿＿＿＿＿＿＿を飼っていた
□ 現在、飼っている　→ □ 犬（屋内）　□ 犬（屋外）　□ 猫　□ その他 ＿＿＿＿＿＿＿＿

5 ご家族にお煙草を吸う方はいらっしゃいますか？

□ いない
□ いる →　□ 父　□ 母　□ 祖母　□ 祖父　□ その他 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

6 お住まいについてうかがいます。

① タタミやじゅうたんはありますか？　□ ない　□ ある
② ソファーはありますか？　□ ない
　□ ある （ □ 皮革　□ ファブリック　□ その他 ＿＿＿＿ ）
③ 寝床は？　□ ベッド　□ 敷布団 （ □ フローリング　□ じゅうたん　□ タタミ ）に敷く。
④ 枕は？　□ 綿　□ そば殻　□ パイプ　□ 羽毛　□ その他 ＿＿＿＿＿＿＿＿

7 他のご病気はありますか？

［　　］

生活アレルギー科外来