

# アレルギー外来問診票



お名前： \_\_\_\_\_

記入年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

① 受診目的（当てはまるものに○をつけてください）

- 皮膚に関することの相談
- 食物アレルギーに関することの相談
- 食物経口負荷に関することの相談
- 舌下免疫療法の相談
- アレルギー検査（採血）
- その他（↓具体的に記載してください）

② 今までに診断を受けたことはありますか？（当てはまるものに○をつけてください）

また、それはいつごろですか？

- アトピー性皮膚炎 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃
- 気管支喘息 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃
- アレルギー性鼻炎 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃
- アレルギー性結膜炎 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃
- その他（ \_\_\_\_\_ ） \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃

③ 食物アレルギーはありますか？（ある・ない） \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 \_\_\_\_\_ 回目

→ありの場合

今までに、どんな症状がでましたか？（当てはまるものに○をつけてください）

発疹・あかみ・かゆみ・せき・嘔吐 その他（ \_\_\_\_\_ ）

制限している、もしくは気になる食べ物がありますか？

④ 食物以外（スギ、お薬等）のアレルギーはありますか？（ある・ない）

→ありの場合

⑤ 現在、服用しているお薬、塗っているお薬はありますか？（ある・ない）

飲み薬

塗り薬

⑥ その他心配なこと等、医師に相談したいことを記載してください