

問診票[アレルギー疾患用]

通院回数を少なくする為、また再発低減の為に必要な質問事項です。できるだけ正確なご記入をお願い致します。

◆該当するアレルギーの病気に全て○をつけて下さい。

- | | | |
|------------------|--------------|------------|
| 1. 乳児湿疹 | 2. アトピー性皮膚炎 | 3. 気管支ぜんそく |
| 4. アレルギー性鼻炎(花粉症) | 5. アレルギー性結膜炎 | 6. じんま疹 |

◆アレルギーの発症年齢は？ (才頃)

以下ぜんそくの方のみお答え下さい

- 初めてゼーゼーが聞かれたり呼吸困難がみられた年齢とその季節は？ (満 才の 春、梅雨、夏、秋、冬)
- 最初の頃のゼーゼー、ヒューヒューなど発作の起こりやすい季節は？ (春、梅雨、夏、秋、冬、一年中同じ程度に)
- ぜんそくの発作がひどくなった年齢とその季節は？ (満 才の 春、梅雨、夏、秋、冬)
- 最近の1年間の発作の起こりやすい季節は？ (春、梅雨、夏、秋、冬、一年中同じ程度に)
- 発作の時に発熱を伴うことが多いですか？ (はい、いいえ)
- あばれたり運動した時に発作が起こることがありますか？ (はい、いいえ)
- 何か発作の引き金になることがありましたら○をつけて下さい
家のほこり、タバコの煙、花火の煙、疲れた時、寝不足、食べ過ぎ、寝床に就いた時、朝晩の冷え込み、風邪をひいた時、運動会など何か行事の前、何か嫌な事があると、土・日曜日、動物と遊んだ時、その他:()

◆家族の方にもアレルギーの病気がありますか？ あれば○をつけて下さい。

ぜんそく、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎、じんま疹

◆自宅の環境について記入して下さい

* (木造、鉄筋)

*もしアパートかマンションならば、何階ですか？ (階)

*築後約何年ですか？ (築 年)

*リフォームされた方、それはいつですか？ (年 月頃)

*日当りはいいですか？ (はい、いいえ)

*風通しはいいですか？ (はい、いいえ)

*畳の上にじゅうたん、ござ、カーペットを敷いた部屋がありますか？ (はい、いいえ)

*風呂場、冷蔵庫、下駄箱、押入、窓枠等にカビが生えていることに気付くことがありますか？ (はい、いいえ)

*エアコンを使用していますか？ (はい、いいえ)

*本人の寝室の状態は？ (板間、畳) + (ベッド、ふとん)

*ペットを飼っていますか？ (はい(犬、猫、鳥、モルモット、その他:)、いいえ)

◆食事について記入して下さい

*食べると気分が悪くなったり発作になったり、症状が悪化する食物がありますか？ (あり()、なし)

*好きな食べ物は？ (牛乳、卵、その他特に好きなものがあれば記入して下さい:())

*嫌いな食べ物は？ (牛乳、卵、その他特に嫌いなものがあれば記入して下さい:())

*夕食は、何時ごろですか？ (時頃)

*寝しなにミルクなど何か取りますか？ (はい、いいえ)

*ファーストフードをよく利用されますか？ (はい、いいえ)

*菓子類をよく食べますか？ (はい、いいえ)

*乳児期の栄養は？ (母乳、ミルク、混合)

◆時々腹痛がありますか？ (はい、いいえ)

◆イライラしますか？ (はい、いいえ)

◆精神的に落ち着きませんか？ (はい、いいえ)

◆アレルギーの薬を飲んで薬疹が出た事がありますか？ (はい、いいえ)

◆何時ごろに寝ますか？ 平日) 20、21、22、23、24、1、2、3、4、5時、不規則

休日) 20、21、22、23、24、1、2、3、4、5時、不規則

◆平熱は何度ですか？ (度)

◆普段の呼吸は？ (口呼吸、鼻呼吸)

◆タバコは、(吸う。1日 本) (吸わない) (家族が吸う) (職場で他人が吸う)

◆いままで、どこかの病院でアレルギーの治療を受けたことがありますか？ (はい、いいえ)