

ふりがな

氏名

男 ・ 女

来院日

生年月日

昭 ・ 平 ・ 令

年

月

日

(

歳

ヶ月)

① 症状はどのようなものですか？

喘息 ・ 咳 ・ ゼーゼーする ・ アトピー性皮膚炎 ・ 湿疹 ・ 蕁麻疹 ・
くしゃみ ・ 鼻水 ・ 目のかゆみ その他 ()

② これまでに診断されたアレルギーの病気はありますか？

- アトピー性皮膚炎 () 歳頃 ⇒ 治療 ・ 治療中 ・ 悪化
- 食物アレルギー () 歳頃 ⇒ 治療 ・ 治療中 ・ 悪化
- 気管支喘息 () 歳頃 ⇒ 治療 ・ 治療中 ・ 悪化
- アレルギー性鼻炎 () 歳頃 ⇒ 治療 ・ 治療中 ・ 悪化
- アレルギー性結膜炎 () 歳頃 ⇒ 治療 ・ 治療中 ・ 悪化
- 蕁麻疹 () 歳頃 ⇒ 治療 ・ 治療中 ・ 悪化

③ ご家族にアレルギーの病気の方がいらっしゃいますか？

- はい (祖父 ・ 祖母 ・ 父 ・ 母 ・ 兄弟) いいえ
(病名)

④ 過去に入院された事がありますか？

- はい (病名 何歳頃) いいえ

⑤ 生活環境を教えてください

- 一戸建て (築 年) マンション・アパート (築 年) ベッド
 布団 じゅうたん フローリング ペット (種類 屋内・屋外)
 喫煙者 (祖父 ・ 祖母 ・ 父 ・ 母 ・ 兄弟)

⑥ これまでの経過・症状の程度を教えてください

(食物アレルギーの場合は現在の除去程度も記入して下さい)

⑦ 相談したい事・今後の治療方針について ご希望があれば記入して下さい