

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 ⇒ 治癒 ・ 治療中 ・ 悪化
- ☐ 食物アレルギー () 歳頃 ⇒ 治癒 ・ 治療中 ・ 悪化
- ☐ 気管支喘息 () 歳頃 ⇒ 治癒 ・ 治療中 ・ 悪化
- ☐ アレルギー性鼻炎 () 歳頃 ⇒ 治癒 ・ 治療中 ・ 悪化
- ☐ アレルギー性結膜炎 () 歳頃 ⇒ 治癒 ・ 治療中 ・ 悪化
- ☐ 蕁麻疹 () 歳頃 ⇒ 治癒 ・ 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