

# ア レ ル ギ 一 間 診 票

フリガナ				体重	Kg	体温	°C
お名前	(男・女)						
生年月日	(大・昭・平・令) 年 月 日			年齢	歳 ヶ月		
住所	(〒 - - ) ※初診又は、変更のある場合のみご記入ください						
電話番号 (自宅)	- - -	電話番号 (携帯)	- - -				

[1] 本日相談されたいアレルギー症状は何ですか？

- 食物アレルギー      じんま疹      湿疹      アトピー性皮膚炎  
アレルギー性鼻炎      花粉症      気管支前側      その他 ( )

[2] 家族にアレルギーの方はいらっしゃいますか？

- |        |   |                             |   |
|--------|---|-----------------------------|---|
| ①母親    | <input type="checkbox"/> なし   | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> じんま疹<br><input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> その他 |
| ②父親    | <input type="checkbox"/> なし   | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> じんま疹<br><input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> その他 |
| ③きょうだい | <input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 妹 |                             |   |
|        | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり   |                             | <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> じんま疹<br><input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> その他 |
| ④きょうだい | <input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 妹 |                             |   |
|        | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり   |                             | <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> じんま疹<br><input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> その他 |

[3] 今までのお子様の栄養はどのようにされていましたか？

- 母乳のみ      完全母乳      はじめの頃（産院・病院）はミルクも併用した  
 ミルクのみ      使用のミルク名 ( )  
 混合栄養      離乳食（□末・□開始（ヶ月））

[4] ペットは何を飼っていますか？

- 飼っていない      昔飼っていた（いつ頃      •何を      ）  
現在飼っている      犬（屋内）    犬（屋外）    猫    うさぎ    鳥    ハムスター    その他  
よく行く家（実家や友人宅）で飼っている  
 □犬（屋内）    犬（屋外）    猫    うさぎ    鳥    ハムスター    その他

[5] ご家族におタバコを吸う方はいらっしゃいますか？

- いない    いる    どなたですか？    父    母    祖父    祖母    その他 ( )  
 どこで吸いますか？    室内    換気扇の下    屋外のみ（ベランダ含む）

[6] 住宅環境に関するおたずねします

- 畳や絨毯はありますか？    ない    ある    ソファーはありますか？    ない    ある  
 寝床は？    ベッド    しき布団（□フローリング    絨毯    畳）の上に敷く