

フリガナ				体重	Kg	体温	℃
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 ☐なし ☐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"/> じん麻疹
<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 ☐なし ☐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"/> じん麻疹
<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 ☐兄 ☐弟 ☐姉 ☐妹
☐なし ☐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"/> じん麻疹
<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 ☐兄 ☐弟 ☐姉 ☐妹
☐なし ☐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"/> じん麻疹
<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（
 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] 住宅環境に関しておたずねします

- 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