



アレルギー外来（初診）



ふりがな _____ 性別 男 ・ 女 体重(_____) kg

お名前 _____ 生年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____) 歳

当院初診または変更のあった方のみご記入ください

ご住所 〒 (_____ - _____) _____

お電話 (_____) _____ - _____

✿ ご記入ください ✿

- ① 授乳期の栄養方法は 母乳 母乳+ミルク ミルク
- ② 離乳食の開始時期は (_____) か月頃
- ③ かゆみを伴う湿疹が出たことはありますか いいえ はい (_____ 歳 _____ か月)頃
- ④ 湿疹の増悪と食事が関係した事がありますか
いいえ はい 食品名 (_____)
- ⑤ 呼吸の時にゼーゼ、ヒューヒューした事がありますか いいえ はい (_____ 歳 _____ か月)頃
- ⑥ 『喘息性気管支炎』と診断されたことはありますか いいえ はい (_____ 歳 _____ か月)頃
- ⑦ お子さまと血縁関係のある方で下記の病気の人はいいますか
- | | | | |
|-----------|-----|----|------------------|
| 気管支喘息 | いいえ | はい | どなたですか (_____) |
| アトピー性皮膚炎 | いいえ | はい | どなたですか (_____) |
| 食物アレルギー | いいえ | はい | どなたですか (_____) |
| アレルギー性鼻炎 | いいえ | はい | どなたですか (_____) |
| じんましん | いいえ | はい | どなたですか (_____) |
| 薬のアレルギー | いいえ | はい | どなたですか (_____) |
| その他のアレルギー | いいえ | はい | どなたですか (_____) |
- ⑧ 保育所、幼稚園に通っていますか いいえ はい いつから (_____)
- ⑨ 家に動物を飼っていますか いいえ はい 犬 猫 鳥 魚 その他 (_____)
- ⑩ 家の中でタバコを吸う人は いいえ はい どなたですか (_____)
- ⑪ むいぐるみを持っていますか いいえ はい
- ⑫ じゅうたん、カーペットはありますか いいえ はい
- ⑬ 相談したいことをお書きください