

問診票（アレルギー全般）

記入日：平成____年____月____日 氏名：_____（男・女）

年齢：____歳____ヶ月

1. 本日相談したいことは何ですか？（複数可）

- ☐ 食物アレルギー ☐ 皮膚のこと（湿疹、アトピー性皮膚炎、じんましん）
☐ 鼻の症状 ☐ 目の症状 ☐ 果物で口やのどに違和感 ☐ 薬剤アレルギー
☐ その他（_____）

2. ご家族にアレルギーの方はいらっしゃいますか？（はい・いいえ）

父：（食物アレルギー/喘息/アトピー性皮膚炎/アレルギー性鼻炎/花粉症/その他（_____））

母：（食物アレルギー/喘息/アトピー性皮膚炎/アレルギー性鼻炎/花粉症/その他（_____））

兄弟 1：（____歳）（食物アレルギー/喘息/アトピー性皮膚炎/アレルギー性鼻炎/花粉症/その他（_____））

兄弟 2：（____歳）（食物アレルギー/喘息/アトピー性皮膚炎/アレルギー性鼻炎/花粉症/その他（_____））

兄弟 3：（____歳）（食物アレルギー/喘息/アトピー性皮膚炎/アレルギー性鼻炎/花粉症/その他（_____））

注）その他：薬剤アレルギー、口腔アレルギー症候群（果物で口の中やのどに違和感が出る）、ハチによるアナフィラキシーなどあれば記載してください

3. お住まいについて、当てはまるものに○、また、（ ）に記入をお願いします。

1. たたみやじゅうたんは、（ある・なし）
2. 布製ソファは、（ある・なし）
3. 寝床は、（ベッド・敷き布団）
4. ペットは飼っていますか？（例：いる（犬））
 - いる（_____）
 - いない（ずっと・過去にいた（____年前まで（_____）がいた））
 - 自宅にいないが、よく行く実家や友人宅に（_____）がいる

4. ご家族に、タバコを吸う方は？

(いない・いる (父・母・その他) (室内・換気扇の下・ベランダ・完全に屋外))

5. 今回の受診で、当院に希望することはいくつですか (複数可)

☐ 診断 ☐ 検査 ☐ 治療 ☐ 診断書 (管理指導表) の発行 ☐ 専門機関への紹介

☐ セカンドオピニオン ☐ 相談 (園や学校への対応など)

☐ その他 ()

6. 皮膚のことや食物アレルギーのご相談の方は、こちらもお答えください。

- 乳児期の栄養方法は？ (複数回答可)

(母乳・ミルク (一般乳・E 赤ちゃん・ミルクアレルギー用ミルク・大豆乳))

- 離乳食開始時期は？ (____ ヶ月)

食物アレルギー問診票

お名前（フリガナ） _____

1. 本日来院された理由を教えてください。

- ☐ 食物を食べて急に症状が出たため
- ☐ 湿疹やかゆみがあり、食物アレルギーが心配
- ☐ 今まで食物除去をしていたが、今後どうすればいいのか相談したい
- ☐ 特に症状はないが、食物アレルギーが心配で検査ができるか相談したい
- ☐ その他（ _____ ）

2. 他のアレルギー疾患はありますか？（はい・いいえ）

はい、の方→（アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、気管支喘息、アレルギー性結膜炎）

3. ご家族（父母、祖父母、兄弟姉妹）にアレルギーの方はいらっしゃいますか？（はい・いいえ）

はい、の方→（例：父が喘息） _____

4. 食物アレルギーについて質問します。

1. 特定の食べ物で症状が出たことがありますか？（はい・いいえ）
2. はい、の場合、その時の状況をできるだけ詳しくご記入ください

（例：6 か月時 卵ボーロ 1 粒 リンゴ 15 分後 顔にじんましん 1 時間 受診し内服）

いつ 何をどの位食べて 一緒に食べたもの 食後何分で 症状は 消失時間や経過 処置

5. 4.で2)の記載の症状出現直前の体調について、○、またはご記入ください。

(ふだんと変わりなく元気、風邪気味、疲れていた、内服していた、その他())

6. これまで、アレルギー検査をしたことがありますか？(はい・いいえ)

はい、の方→最終検査： ____年____月(____ヶ月)

検査結果： _____

7. 現在、アレルギーのため内服している薬はありますか？ある場合、下記()内に記入してください。

()

8. 現在、除去している食べ物がありますか？(はい・いいえ)

はい→

- 食品(例 鶏卵)(完全除去・食べられるものがある：パンやクッキー、マヨネーズ)

• ()(完全除去・食べられるものがある：)

• ()(完全除去・食べられるものがある：)

• ()(完全除去・食べられるものがある：)

• ()(完全除去・食べられるものがある：)

• ()(完全除去・食べられるものがある：)

卵アレルギー児の摂取可能食品

	卵を使用する料理の種類	全部摂取可能であれば○*	(一部の食品が摂取可能な場合の具体例) 他の食材も考慮して摂取可能であれば○
卵料理	卵料理 (調理条件、特に加熱の仕方により抗原性が異なるので注意)		スクランブルエッグ、オムレツ、卵とじ 卵スープ、錦糸卵、茶碗蒸し
			()
	12分以上の固ゆで卵		卵黄のみ
			卵白も可
卵を少量用いる料理	つなぎに卵を用いるもの		ハンバーグステーキ、肉団子
			()
	衣に卵を用いるもの		てんぷら、フライ、フリッター、ピカタ
			()
加工食品	加工食品の原材料		ハム、ベーコン、ソーセージ、練り製品
			()
生卵白の混じるもの	生卵黄を主成分とするもの		マヨネーズ
卵を含む菓子等	生卵または加熱不十分な卵を原材料とする菓子		ムース、アイスクリーム、ババロア カスタードクリーム、フレンチトースト
			()
	卵入り菓子 (材料、調理条件により抗原の強さが大きく異なるので注意)		プリン、ホットケーキ、バウムクーヘン カステラ、ケーキ類、ドーナツ、卵ボーロ
			()
	卵入り焼き菓子		ビスケット、クッキー
			()
	パンの生地(に卵を用いたもの)		テーアールロール
			()
その他	灰汁取りに卵白を用いるもの		コンソメスープ(缶詰)
			()
	卵入り麺		パスタ、中華麺
			()
	うずら卵 (水煮、茹でたもの)		うずら卵水煮、うずらゆで卵
			()
	魚卵		タラコ、子持ちシシヤモ、その他の魚卵

*右欄の食品をすべて摂取可能であれば○

牛乳アレルギー児の摂取可能食品

	牛乳・乳製品	通常量摂取可能な食品に○	摂取可能量に関するコメント
	牛乳・乳製品 ヨーグルト、チーズ、生クリーム、練乳	牛乳*、乳児用調製粉乳*、脱脂粉乳* ()	
		バター	
	牛乳・乳製品を含む料理、菓子	ホワイトソース、クリームシチュー、カレー ババロア、プリン、アイスクリーム、ムース () ケーキ類、クッキー類、卵ボーロ、パン ()	
	牛乳・乳製品を含む加工食品	ソーセージ、ハム、ベーコン マーガリン、〔乳成分入り〕調整豆乳 ()	
		乳糖を含むインスタント調味料	

*牛乳アレルギーン除去調整粉乳(アレルギー用ミルク)による代替必要(商品名)、不必要

小麦アレルギー児の摂取可能食品

	小麦の主食	通常量摂取可能な食品に○	摂取可能量に関するコメント
	小麦を主原料としたもの	うどん、ソーメン、パスタ、中華麺、パン () 餃子・シューマイの皮、ワカロニ ケーキ類、クッキー類 ()	
	調理に用いる小麦	天ぷら、フライ、ムニエルなどの衣 ()	
	小麦を含む加工食品	ルー、練り製品などのつなぎ () 醤油	

大豆アレルギー児の摂取可能食品

	大豆	通常量摂取可能な食品に○	摂取可能量に関するコメント
	大豆製品	大豆、枝豆 () 豆乳、湯葉、きな粉、おから、豆腐、油揚げ 納豆 () 味噌、醤油	

皮膚症状問診票

1. 皮膚の症状はいつ頃から出始めましたか？（__歳__ヶ月頃）
2. どの部位からはじまりましたか？（頭、顔、首、手、腕、足、体、その他（ ））
3. 湿疹の好発部位はどこですか？

4. かゆみはありますか

（いいえ・はい（一日中/汗をかいた時/お着替えや入浴時/寝るとき/いらいらしたとき（怒られたときなど）））

5. どのようなときに湿疹は悪化しますか？（複数回答可）

- ・ 季節（春/夏/秋/冬/季節の変わり目）
- ・ 食べ物（卵/乳/小麦/その他（ ））を食べた後
- ・ 環境など（汗/日光/運動/保湿剤や日焼け止め/衣服/その他（ ））

6. スキンケアについてお聞きします。

1. 入浴は1日（ ）回、①（ ）度の湯舟につかる ②シャワーのみ
2. 石けん使用（なし・あり（（全身/顔のみ/体のみ/湿疹部位のみ/湿疹以外のみ））
使用している石けん名（ ）
3. 何で洗いますか？（手で洗う・タオル・ガーゼ・スポンジ・その他（ ））
4. シャンプー使用（なし・あり（商品名： ））

7. その皮膚症状について、小児科や皮膚科医の診察、治療を受けたことがありますか？

（ない・ある（診断は、乳児湿疹、脂漏性湿疹、アトピー性皮膚炎、じんま疹、よくわからない、その他（ ）））

8. 今までの治療についてうかがいます。

1. お薬は飲んでいましたか？

（いいえ・はい（薬の名前： ）を（毎日・かゆい時だけ）使用）

2. 現在の塗り薬についてお聞きします。（混合のときは内容を記入してください）

① 保湿剤 塗る回数 1日__回 薬の名前： ワセリン（プロペト）/ヒルドイド/ビーソフテン/ウレパール/その他（ ）

② ステロイド軟膏 1日__回 （部位で使用する薬が違う場合、商品名を囲んだ下に、顔、や体、など部位を書いてください）

薬の名前： プレドニン/ロコイド/キンダベート/アルメタ/リドメックス/リンデロン/ボアラ/プロパデルム/ネリゾナ/マイザー/アンテベート/デルモベート/その他（ ）

③ ステロイド以外 塗る回数 1日__回 薬の名前： プロトピック/スタデルム/フェナゾール/レスタミン/その他（ ）

9. 皮膚が冬以外にもざらざらしていることがありますか？（ある・ない）

10. 今まで受けた湿疹の治療について、発症からこれまでの経過を年齢順に記載してください。

No.	年齢	症状	治療方法	治療効果
例	____ 歳 ____ ヶ月	顔の湿疹	石鹸使用と卵除去、ワセリン、ステロイド軟膏（ロコイド軟膏）	改善、不変、一時改善、など
1				
2				
3				
4				
5				

気管支喘息問診票

1. いつから長引く咳や喘鳴（ぜいぜいする呼吸）が始まりましたか？（ ____歳 ____ヶ月）
2. 咳や喘鳴は今も続いていますか？（はい/いいえ）
3. 咳や喘鳴は、始まってから長いときは大体どのくらい続いていますか？（ ____週間、 ____ヶ月）
4. 生まれたときに、人工呼吸器を必要としましたか？（はい/いいえ）
5. 今まで、RS ウイルス感染にかかったことがありますか？（はい（ ____ヶ月時）/いいえ）
6. 医師から喘息と診断を受けたことはありますか？（はい： ____歳 ____ヶ月/いいえ）
7. 気管支喘息で入院したことがありますか？（はい 約 ____回/いいえ）
8. どんな時期に、咳き込みや喘鳴が多いですか？（複数回答可）
（季節の変わり目/一定の季節（春/夏/秋/冬）/天候が悪いとき/ストレスがあるとき/カゼをひいたとき）
9. どんな時に、咳き込みや喘鳴が多いですか？（複数回答可）
（寝始め/夜中/早朝/寝起き/日中/運動時/大声笑ったり、はしゃいだ時/埃っぽい所に行った時/煙を吸った時/冷気を吸った時/動物に接した時/食べたり飲んだりした時（乳児は哺乳時）/睡眠中/仰向けの体位）
10. 睡眠中は咳が悪化しますか？おさまりますか？（悪化する/おさまる）
11. 咳は、主に痰がからんでいますか？（痰がらみ/乾いた咳/どちらもある）
また、突然息がつまるようになることがありますか？（はい/いいえ）
12. 鼻症状（鼻汁・鼻閉）はありますか？（はい/いいえ）
13. これまでに、肺機能検査を受けたことがありますか？（はい/いいえ）
14. 今までの発作時に受けた治療は、
（内服のみで様子をみる、吸入、点滴（ ____回くらい）、呼吸器使用）
15. 最後に喘鳴（ぜいぜいする呼吸）があったのはいつ頃ですか？ ____歳 ____ヶ月頃
16. 現在どのくらいの頻度で喘鳴（ぜいぜいする呼吸）または長引く咳がありますか？
☐ 1ヶ月に2回以上はない ☐ 1ヶ月に2回以上 ☐ 週に1回以上 ☐ 毎日
17. 現在の治療に○を付けてください。（わからない、毎日服用、調子悪いときだけ）
種類： 毎日やっているものは○、調子悪いときにやっているものは△をつけてください。
 - 1) 内服薬、貼り薬
 - ① 抗アレルギー薬： ザジテン、セルテクト、ジルテック、ザイザル、アレグラ、タリオン、アレロック
 - ② ロイコトリエン受容体拮抗薬： オノン、シングレア、キプレス、プランルカスト
 - ③ 気管支拡張薬： ホクナリン（内服/テープ）、メブチン、スピロペント、ベラチン、プリカニール
 - ④ テオフィリン系： テオドール、テオロング、スローピット

2) 吸入薬

- ① 吸入ステロイド：フルタイド、キュバル、オルベスコ、パルミコート
- ② インタール吸入：吸入薬、エアロゾル
- ③ インタールと気管支拡張薬の定時吸入：メプチン、ベネトリン
- ④ 長時間作動性吸入気管支拡張薬：セレベント
- ⑤ ステロイド吸入と気管支拡張剤の合剤：アドエア、フルティフォーム

18. 気管支喘息について発症から今までの経過（年齢、症状、治療法、治療効果）を分かる範囲で年齢順に下記の表に記載して下さい

[illegible]

目・鼻の症状問診票

1. 目の症状がお子さんにみられる方は、以下の質問にお答えください。

1. いつから、目の症状が出ましたか？（____歳____ヶ月頃）
2. どのような症状がありますか？（当てはまるものに○を付けてください）
（目の痒み/目の充血/目ヤニ/目をこする/涙目や涙が出やすい）
3. 以上の症状が多く見られる月に○印を付けてください。
（1月、2月、3月、4月、5月、6月、7月、8月、9月、10月、11月、12月、1年中）
4. 何が原因のアレルギーか確認できていますか？（いいえ/はい（ ）が原因）
5. それはどのように判明しましたか？
（未検査だが、医師から言われた/血液検査（____歳____ヶ月時）/皮膚検査）
6. 使用している（したことがある）点眼薬はどれですか？
（インターール/アレギサール/ザジテン/パタノール/リボスチン/フルメトロン/リンデロン/その他（ ））

2. 鼻の症状がお子さんにみられる方は、以下の質問にお答えください。

1. いつから鼻症状が出ましたか？（____歳____ヶ月頃）
2. どのような症状がありますか（複数回答可）
① 鼻づまり ② くしゃみ ③ 鼻汁（透明のことが多い、黄色や緑色の鼻汁が多い）
④ 鼻すすり ⑤ 鼻こすり ⑥ 鼻出血
3. 以上の症状は、どの時期に起こりやすいですか？○を付けてください。
（決まっていない、一年中、1月、2月、3月、4月、5月、6月、7月、8月、9月、10月、11月、12月）
4. 何が原因のアレルギーか確認できていますか？（いいえ/はい（ ）が原因）
5. それはどのように判明しましたか？
（未検査で医師の診断/血液検査（____歳____ヶ月頃）/鼻水の検査/皮膚検査）
6. 今まで、耳鼻科で言われたことのある病名に○を付けてください。
① アレルギー性鼻炎 ② 蓄膿症、副鼻腔炎 ③ アデノイド ④ 花粉症
7. 使用している（したことがある）治療はどれですか？
① 内服： ポララミン/アレギサール/ペミラストン/ザジテン/ニポラジン/アレジオン/アレグラ/タリオン/アレロック/エバステル/クラリチン/ジルテック/ザイザル/オノン/プランルカスト/シングレア/アイピーディ/そのほか（ ）
② 点鼻薬： インターール/リボスチン/ザジテン/フルナーゼ/ナゾネックス/リノコート/アラミスト/その他（ ）
③ 減感作療法