



アレルギー問診票(アレルギー性鼻炎)

初めてアレルギー外来を受診される方は以下の項目についてお分かりになる範囲でご記入ください。

ふりがな

お名前 _____ 男・女 生年月日 平成・令和 年 月 日

- ① 乳児期に湿疹はありましたか？ いいえ はい (生後 月頃から)
- ② 湿疹に対してどのような治療をされてきましたか？ 保湿剤 ステロイド軟こう その他
- ③ 授乳期の栄養はどのようにされてきましたか？ 完全母乳 粉ミルク 混合栄養(母乳+粉ミルク)
- ④ 離乳食はいつ頃から開始されましたか？ 生後 月頃から
- ⑤ ご家族でこれまでにアレルギー疾患を指摘されている方はいらっしゃいますか？
- お父様: なし あり ()
- お母様: なし あり ()
- ご兄弟()歳: なし あり ()
- ご兄弟()歳: なし あり ()
- ⑥ ペットは飼育されていますか？ いいえ はい → 室外 室内
- 犬 猫 その他 ()
- ⑦ ご家族でおタバコを吸われる方はいらっしゃいますか？ いいえ はい
- ⑧ アレルギー性鼻炎以外でお困りのアレルギー疾患はありますか？
- 食物アレルギー アトピー性皮膚炎 気管支喘息 アレルギー性結膜炎



アレルギー問診表(アレルギー性鼻炎)

初めてアレルギー外来を受診される方は以下の項目についてお分かりになる範囲でご記入ください。

アレルギー性鼻炎について

- ① これまでにアレルギー性鼻炎と診断されたことはありますか？ いいえ はい
- ② 鼻炎症状(くしゃみ、鼻水、鼻づまり)はいつの季節が悪くなりますか？
 春 夏 秋 冬 一年中
- ③ これまでにアレルギーの検査を受けたことはありますか？
 いいえ はい → 血液検査 皮膚テスト 経口食物負荷試験 その他

※アレルギー初診外来受診時に、これまでの検査結果をお持ちください

- ④ 現在使用しているお薬はありますか？
- 抗ヒスタミン薬 ()
- 点鼻薬 ()
- その他 ()
- ⑤ 舌下免疫療法についてご存じですか？ いいえ はい