

病歴調査(アレルギー共通)

なまえ _____ 年齢 _____ 歳

住 所 _____

電話番号 _____

職 業 父 _____ 母 _____

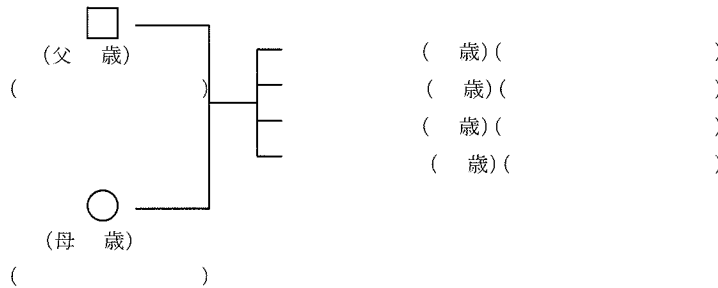
記載日 _____

1. 家族構成:

男 女

本人を か で示して下さい

ご家族のアレルギー疾患歴について下の中から選び()内に記入してください。



1. 気管支喘息
2. アトピー性皮膚炎
3. 食物アレルギー
4. アレルギー性鼻炎
5. アレルギー性結膜炎
6. 蕁麻疹
7. 果物で口の中やのどに違和感がでる

2. 同居されているご家族のなかにタバコを吸う人はいますか？

(いない・いる 父 母 その他 _____)(室内・室外)

3. ペットについて伺います。

現在、自宅もしくは実家でペットを飼っていますか？該当するものに○をつけて下さい。

自宅				実家				
室内	室外	いない	室内	室外	いない	室内	室外	いない
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

過去に、自宅もしくは実家でペットを飼っていましたか？該当するものに○をつけて下さい。

自宅				実家				
室内	室外	いない	室内	室外	いない	室内	室外	いない
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

病歴調査（湿疹・食物アレルギー）

記載日_____

なまえ_____年齢_____歳

1. いつ頃から湿疹がでましたか？ 生後_____ヶ月
2. その部位はどこですか？ 頭、顔、体、腕、足、その他_____

3. 栄養方法について伺います

- ・母乳を与えていましたか？ 1. はい（ _____ 月～ _____ 月） 2. いいえ
・人工乳を与えていましたか？ 1. はい（ _____ 月～ _____ 月） 2. いいえ
・人工乳の種類は何ですか？

- ・ 普通の粉ミルク
- ・ アレルギー児用ミルク 1) 予防 (E-赤ちゃん)

2) 治療

加水分解乳 (MA-1・ペプチデット・ミルフィー)

アミノ酸乳 (エレメンタルフォーミュラ)

- ・ 大豆乳 (ボンラクト・ソーヤミール)

4. これまで食物の除去を行ったことがありますか？ 1. はい 2. いいえ
5. 4で「はい」と答えた方は例を参考にお答え下さい。誰の判断、理由、現在の状況については選択肢から選び、表の中に番号を記入してください(複数回答可)。いはいの方は6へお進みください。

・誰の判断ですか 1. 小児科医 2. 皮膚科医 3. 両親 4. 助産師 5. その他(_____)

・理由

1. 食べて症状がでた(食物負荷テストも含む)
2. 除去して症状改善した(食物除去テストも含む)
3. 検査結果陽性(特異的 IgE 抗体価、皮膚テストなど)

・現在の状況

1. 除去継続中
2. 除去していない

食物除去品目	開始時期(年齢)	誰の判断	理由	現在の状況
(例) 卵	4ヶ月	1	1, 2,	2

6. 入浴は1日何回ですか？ (_____ 回)
7. 入浴の際、洗うのに石鹸を使用していますか？ 顔面: 1. はい 2. いいえ 体: 1. はい 2. いいえ
8. これまで湿疹に関して医療機関を受診したことはありますか？
1. はい(小児科・皮膚科・その他_____) 2. いいえ
9. これまでに処方された薬剤について教えてください(軟膏、内服)
軟膏 (なし・あり) 商品名(_____)
内服 (なし・あり) 商品名(_____)

