

アレルギー外来問診票

お名前 _____

年齢 _____ 歳 _____ ヶ月

本日はどのようなことで受診されましたか？

- 食物アレルギーについて
- 皮膚湿疹について
- 喘息や、咳・ゼイゼイの症状について
- 鼻の症状について
- 花粉症の症状について
- その他 具体的に (_____)

いつ頃から、どのような症状がありますか？

[_____]

ご家族に、アレルギー体質の人はいますか？

- いる →どなたが (_____)
病名 (_____)
- いない

本日も相談される症状について、今まで他院にかかれたことはありますか？

- ある →内容 (診断、検査、処方など)

[_____]

- ない

ご本人は、アレルギー以外に、今まで大きな病気にかかったことがありますか？(熱性けいれん、入院など)

- ある →具体的に (_____)
- ない