

# 問診票

お名前 \_\_\_\_\_ 男・女 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
ご住所 \_\_\_\_\_  
ご連絡先 \_\_\_\_\_

◆これまで何かお病気にかかられましたか？ はい ・ いいえ  
(具体的に： \_\_\_\_\_ )  
(入院歴 有 ・ 無)

◆お薬や食べ物で身体に合わないものはありますか？ はい ・ いいえ  
(薬品名： \_\_\_\_\_ 症状： \_\_\_\_\_ )  
(食品名： \_\_\_\_\_ 症状： \_\_\_\_\_ )

◆家族歴 ご家族、同居者の構成と、何かお病気などありましたらご記入下さい。

続柄	年齢	何かお病気や体質などあればご記入ください

◆ご家族の病歴（上記以外、祖父母、ご両親のご兄弟などご記入下さい）

◆今日はどのような症状で来院されましたか？

発熱 ・ 鼻水 ・ 咳 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 腹痛 ・ 喘鳴 ・ 呼吸  
困難 ・ 不機嫌 ・ 食思不振 ・ 湿疹 ・ 発疹 ・ じんましん ・  
その他（ \_\_\_\_\_ ）

# アレルギー疾患問診票

(アレルギーやお肌のご相談の方はこちらもご記入ください)

◆これまでに以下のようなアレルギー性疾患の診断を受けた、または疑われたことがありますか？

気管支喘息 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 食物アレルギー(品目 ) ・  
アレルギー性鼻炎(花粉症を含む) ・ アレルギー性結膜炎(花粉症を含む) ・  
じんましん ・ その他( )

◆それに対し今までどのような治療を受けましたか？

- ・ 発病の時期
- ・ 治療開始の時期

◆ご家族、ご親族で上記の診断を受けた方はありますか？  
(祖父母、ご両親の兄弟姉妹までご記入ください)

◆ペットがいる方はお書き下さい。( 室内 ・ 室外 )

◆ご家族に喫煙者はいますか？ はい ・ いいえ

◆ご自宅の環境をお教えてください。

住居 : 集合住宅(アパート ・ マンション) ・ 戸建

陽当たり : 良 ・ 不良

床 : 絨毯 ・ 畳 ・ フローリング

ソファの材質 : 革 ・ 綿 ・ 合成革 ・ その他( )

寝室 : 羽根布団 ・ ぬいぐるみ ・ その他

自宅周辺の環境 : ( )