問診表

日付：　　／

体温：　　℃

ふりがな
お名前　　男・女　　生年月日 平成 令和　　年　　月　　日

ご住所　〒

電話番号　自宅：　　携帯：

集団生活　有　：　無　（施設名：　　）　　体重　　kg

◆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　・　食欲不振　・　湿疹　・　発疹　・　じんましん　・　アレルギー相談

その他（　　）

◆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：

◆家族構成　　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ください。

続柄	年齢	何かお病気や体質などがあればご記入ください

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うけた、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　・　じんましん　・
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)　・
食物アレルギー（品目：　　）　・
その他（　　）

◆それに対し今までどのような治療をうけましたか？

・発病の時期

・治療開始の時期

・今、服用(外用)中のお薬

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

◆ペットがいますか？

はい　（　室内　・　室外　　）　・　いいえ

◆ご家族に喫煙者はいますか？　　はい　・　いいえ