

アレルギー外来問診票

滋賀県立小児保健医療センター小児科
アレルギー外来 (2022年7月更新)

お名前： _____ (男、女)
生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (年齢： _____ 歳 _____ か月)
記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 記入者：母/父/その他 (_____)

過去に受けたアレルギー検査の結果があれば、診察時に持参して下さい。

A) 乳児期 (0~12 か月) の状態についてお聞きします。

- 1) 分娩の状態はどうでしたか？
正常/異常 (→具体的に： _____)
第 _____ 子、在胎 _____ 週で生まれて出生体重は _____ g であった
- 2) 栄養方法はどうでしたか？
母乳栄養/人工栄養/混合栄養 (→人工乳を飲み始めた時期は？： _____)
- 3) 離乳食開始の時期は？ (_____ か月頃) (卵の摂取を開始した時期は？： _____ か月頃)

B) 既往歴・家族歴についてお聞きします。

- 1) 今までに大きな病気にかかったことや入院したことはありますか？
いいえ/はい (→具体的に： _____)
- 2) 本人と血縁関係にある方で、下記の病気の方 (またはかつてかかったことのある方) はいいますか？
喘息 (なし/あり→誰ですか？ _____)
アトピー性皮膚炎 (なし/あり→誰ですか？ _____)
アレルギー性鼻炎 (花粉症含む) (なし/あり→誰ですか？ _____)
食物アレルギー (なし/あり→誰が、何の食物にですか？ _____)

その他のアレルギー (なし/あり→具体的に： _____)
- 3) 保育園・幼稚園に通っていましたか (または今通っていますか) ?
いいえ/はい (→いつからですか？ _____)

C) 家庭環境についてお聞きします。

- 1) きょうだいはいますか？ (いいえ/はい→具体的に： _____)
- 2) 自宅や普段よく行く場所で動物を飼っていますか？
(いいえ/はい→具体的に： _____)
- 3) 同居の方でたばこを吸う方はいますか？ (いいえ/はい→誰ですか？ _____ 室内/室外)
- 4) 布団カバーはどの頻度で洗濯していますか？ (週に _____ 回/月に _____ 回/その他： _____)
- 5) 自宅にあるものに○をつけて下さい。(ぬいぐるみ/じゅうたん・カーペット/布製家具/畳)

D) 食物アレルギーについてお聞きします。

1) 食物アレルギーと診断されたことがありますか？ (いいえ／はい／可能性あり)

1) で「はい」「可能性あり」と答えた方は以下も記入して下さい。

2) 現在除去している、または量に気をつけて食べている食物は何ですか？

3) 以下の食物のうち、まだ食べたことのないものに○をつけて下さい。

鶏卵／牛乳／小麦／ソバ／ピーナッツ／甲殻類（エビ・カニ）／木の実類（クルミ・カシュー・アーモンド）

大豆／ゴマ／軟体類（イカ・タコ）／魚卵（イクラ・タラコ）

4) 除去を始めるきっかけとなったエピソードや、今までの経過を具体的に教えて下さい。

（ いつ、何を、どのくらい食べて、どのくらいの時間で、どんな症状が出て、どんな治療をして、
医療機関でどんな指示を受けて、現在はどのくらい食べられるか、などわかる範囲で。
アナフィラキシーと診断されたエピソードには☆をつけて下さい。 ）

E) 喘息についてお聞きします。

1) 喘息と診断されたことがありますか？ (いいえ／はい／可能性あり)

1) で「はい」「可能性あり」と答えた方は以下も記入して下さい。

2) 初めて症状を起こした時はいつですか？（ 歳 か月頃）

3) 現在、他の医療機関で治療を受けていますか？

いいえ／はい（→具体的に： _____ ）

4) 症状の強い時期はありますか？（春／梅雨／夏／台風／秋／冬／1年中）

5) 最近1年間に急性増悪（発作）のために入院したことがありますか？ (いいえ／はい)

6) 最近1年間に急性増悪（発作）のために救急外来を受診したことがありますか？ (いいえ／はい)

F) アトピー性皮膚炎についてお聞きします。

- 1) アトピー性皮膚炎と診断されたことがありますか？（いいえ／はい／可能性あり）
1) で「はい」「可能性あり」と答えた方は以下も記入して下さい。
- 2) 初めて湿疹が出た時はいつですか？（ 歳 か月頃）
その際、他の医療機関で治療を受けましたか？
いいえ／はい（→具体的に： ）
- 3) 現在、他の医療機関で治療を受けていますか？
いいえ／はい（→具体的に： ）
- 4) 湿疹の強い時期はありますか？（春／夏／秋／冬／1年中）
- 5) 湿疹の強い部位はありますか？（頭／顔／首／肘／膝／その他： ）
- 6) ステロイド軟膏を使うことに不安がありますか？
いいえ／はい（→具体的に： ）
- 7) プロトピック軟膏、コレクチム軟膏（ステロイド以外の抗炎症薬）について知っていますか？
いいえ／聞いたことはある／使ったことがある（使っている）

G) アレルギー性鼻炎（花粉症含む）についてお聞きします。

- 1) アレルギー性鼻炎（花粉症含む）と診断されたことがありますか？（いいえ／はい／可能性あり）
1) で「はい」「可能性あり」と答えた方は以下も記入して下さい。
- 2) 初めて症状が出た時はいつですか？（ 歳 か月頃）
- 3) どんな症状がありますか？（鼻水／くしゃみ／鼻づまり／目のかゆみ／その他： ）
- 4) 現在、他の医療機関で治療を受けていますか？
いいえ／はい（→具体的に： ）
- 5) 症状の強い時期はありますか？（春／夏／秋／冬／1年中）
- 6) 免疫療法（舌下免疫療法・皮下免疫療法）について知っていますか？
いいえ／聞いたことはある／治療を受けたことがある（受けている）／治療を希望する

H) その他、アレルギーの病気で気になることがありましたら具体的に教えて下さい。

- 最後に、当アレルギー外来をどこでお知りになりましたか？○をつけて下さい（複数回答可）。
- （ ） インターネットで調べて見つけた （ ） 知り合い（友達や親戚など）に勧められた
（ ） 乳幼児健診の際に勧められた （ ） 他の医療機関を受診したときに勧められた
（ ） 当院の他の外来を受診したときに知った （ ） 当院の他の外来を受診したときに勧められた
（ ） その他（→具体的に： ）
- ありがとうございました。