

## 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 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 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。