

お名前(_____)



◇あてはまる項目にチェックをお入れ下さい。

【本日の受診理由(相談も含む)】(これまでのかかりつけ医院: _____)

- 湿疹 かゆみ 蕁麻疹 アトピー性皮膚炎
喘息 食物アレルギー 花粉症 アレルギー性鼻炎 アレルギー性結膜炎
アレルギー検査を希望

(気になる項目)

その他(困っている事など)

【既往歴】

○湿疹/アトピー性皮膚炎 なし あり

・本日の肌の状態:1番ひどい時を10としたら(_____)ぐらい

・現在塗っているお薬:(_____)

○喘息 なし 不明

喘息っぽいと言われた事がある(いつ頃:_____ どちらで:_____)

喘息と診断された事がある(いつ頃:_____ どちらで:_____)

現在、定期吸入・内服中(薬剤名:_____)

以前、定期吸入・内服をしたことがある(薬剤名:_____)

喘息で点滴/入院したことがある(_____)回ぐらい:最終_____年_____月頃)

○食物アレルギー なし 不明

以前あった (卵 乳 小麦 その他:_____)

現在除去中 (卵 乳 小麦 その他:_____)

アナフィラキシーを起こしたことがある(食品:_____)

○アレルギー性鼻炎 なし あり 不明

○アレルギー性結膜炎 なし あり 不明

○花粉症 なし あり 不明

【家族歴】

	父	母	兄・弟・姉・妹	兄・弟・姉・妹	兄・弟・姉・妹
	以前/現在	以前/現在	年齢()	年齢()	年齢()
アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
気管支喘息	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
アレルギー性鼻炎	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
アレルギー性結膜炎	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
花粉症	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* その他、ご意見・ご要望などありましたらお気軽にご記入下さい *