

アレルギー問診票(再診時)

※アレルギー外来でご来院の場合、ご記入ください

ふりがな お子様の名前		男・女	体重 体温	kg °C
----------------	--	-----	----------	----------

年齢 歳 ヶ月

1.本日相談したいアレルギー疾患は何ですか？

経過観察

検査結果

湿疹

アトピー性皮膚炎

食物アレルギー

アレルギー性鼻炎

花粉症

気管支喘息

蕁麻疹

薬物アレルギー

負荷試験

内服薬持ってきていますか？ はい・いいえ

特に症状はないが、アレルギーが心配なので調べてほしい。

その他(内容: _____)



2.その症状はいつからですか？

歳 ヶ月から

月 日から

週間前から/日間前から

わからない

3.どのような症状ですか？

4.その他、診てほしい症状ありますか？

嘔吐 月 ~ 回

下痢 月 ~ 1日 回

咳 月 ~

鼻水 月 ~

肌荒れ 部位: 全身・頭・顔・腕・腹・背中・足・その他(_____)

その他 (症状や相談したい事を記入してください)

5.今まで飲んでいた薬

ない

ある(当院) ある(他院)薬剤名(_____)