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	kg
			体温	℃

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

□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　　～

□発疹　　月　　～

□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（　　）