

アレルギー相談専門外来初診アンケート①

20 年 月 日

上池袋こどもクリニック

アレルギー相談専門外来では、お子様の現在のアレルギー状況を正確に把握するため、すでに通院中の方でも、初回に、こちらのアンケートご記入のご協力をお願いしております。

※尚 部は当院で使用する欄ですのでご記入は不要です。

カルテ NO () 紹介元医療機関名等 ()

お子様のお名前 ()

現在お困りの症状について当てはまるものがありますか？

当てはまる症状のところの設問に☑の上、設問にお答えください。

ある特定の食べ物を食べると赤くなる・痒くなるなど、何かしら体の具合が悪くなる

食べ物： 症状：
摂取から発現までの時間： 症状消失までの時間：

前医で食物除去指導されたが、その後、解除の仕方がわからなくて困っている

対象食品： 過去1年以内のアナフィラキシー歴の有無：あり・なし
除去にいたった経緯（分かる範囲で）：

アレルギー発症が心配で除去・あえて未摂取しているものがある・明確な症状はない

食品名：
除去・未摂取にいたった経緯（分かる範囲で）：

ある季節になると目が痒くなる・鼻症状（くしゃみ・鼻水・鼻閉）・皮膚が痒くなる等がある

季節：春・夏・秋・冬・1年中 症状：

発熱など伴わない朝・晩の咳症状が長い期間ある

発症時期： 運動中・暴れた時の咳込みの有無：あり・なし・その他
これまでに喘息気味と言われた経験の有無：なし・あり (回)

喘息/花粉症と診断を前医でされてきたが、効果判定等、今後の方針について心配なことがある

診断時期： 現在の治療内容：
合併症の有無：
前医でのご説明内容（分かる範囲で）：

その他、特に気になる症状・ご相談したいことがある場合はご自由にお書きください。

アレルギー相談外来初診アンケート②

お子様の生育歴・生活環境についての質問にお答えください。

1. これまでに入院を要した大きな病気はありますか
いいえ・はい (病名: _____)
2. ご家族 (両親・同胞) にアレルギーのある方はいますか
いいえ・はい (本人との関係: _____ 病名: _____)
3. (小さいお子様対象) お子様は、母乳保育ですか
完全母乳のみ・混合・人工乳中心
4. ご家庭でペットは飼われていますか
いいえ・はい (ペットの種類: _____ 数: _____)
5. ご家庭でタバコを吸う方はいますか
いいえ・はい (本人との関係: 父・母・祖父母・その他 _____)
6. お子様の周り・家族で現在流行している病気がありますか
いいえ・はい (病名: _____)
7. 今現在使用中の内服薬、塗り薬、点鼻薬、点眼薬がありましたら教えてください
いいえ・はい
(薬品名: _____ 医院名: _____)
8. これまでに前医で実施したアレルギー検査について教えてください
未実施・あり
(皮膚プリックテスト・鼻汁好酸球・食物経口負荷試験・パッチテスト・採血による血液検査・
その他 _____ その結果・説明: _____)
9. 現在お通いの保育園・幼稚園・学校で、特別にご配慮していただいている事がありますか
いいえ・はい (例: 食品除去は具体的な食品名で _____)
10. 当院までの移動手段・移動時間を教えてください
移動手段: 徒歩・自転車・自動車 (タクシー含む)・バス・電車・その他
当院までの移動時間: _____ 分くらいかかる

※検査の種類では、経過観察に2時間要するものがあります。その際に考慮いたします。

ご協力有難うございました。お子様の診断・コントロールを目指す以外にこのアンケートは使用致しません。