

アレルギーが心配な方

ふたばこどもクリニック

日付 平成 年 月 日
 お名前 _____ (男・女) 平成 年 月 日生 (歳 ヶ月)
 現在の体温 _____ °C
 身長 _____ cm
 体重 _____ Kg

1. 家族構成：

ご家族のアレルギー疾患歴について下の中から選び、()内に記入してください。

父親 () 母親 ()

兄弟、姉妹：□男 □女 年齢 歳 ()

□男 □女 年齢 歳 ()

□男 □女 年齢 歳 ()

□男 □女 年齢 歳 ()

- 1.気管支喘息 2.アトピー性皮膚炎 3.食物アレルギー 4.アレルギー性鼻炎
 5.アレルギー性結膜炎 6.じんましん 7.果物で口の中やのどに違和感がでる

2.同居されているご家族のなかにタバコを吸う人はいますか？

□いない □いる (父 母 その他 _____) (□室内 □室外)

3.ペットについて伺います

1) 現在、自宅もしくは実家でペットを飼っていますか？該当するものに○をつけてください。

自宅	室内	室外	いない	実家	室内	室外	いない
イヌ				イヌ			
ネコ				ネコ			
小鳥				小鳥			
ハムスター				ハムスター			
その他				その他			

2) 過去に自宅もしくは実家でペットを飼っていましたか？該当するものに○をつけてください。

自宅	室内	室外	いない	実家	室内	室外	いない
イヌ				イヌ			
ネコ				ネコ			
小鳥				小鳥			
ハムスター				ハムスター			
その他				その他			

4.アトピー性皮膚炎・食物アレルギーが心配な方は「アトピー性皮膚炎・食物アレルギーが心配な方の方の問診票」へ

気管支喘息が心配な方は「喘息が心配な方の方の問診票」へ

記入をお願いします。