

アレルギー科問診票(初診)

患者氏名 _____ □ 男 □ 女
(病歴番号 _____)

生年月日 20__年__月__日 (__歳__か月)

記入年月日 20__年__月__日

記入者氏名 _____ (患児との間柄 _____)

この問診票は、患者さん（お子さん）のこれまでの病気の状況を正確に把握するために、診察を受ける前に確認する大切なものです。今回アレルギー科を受診される患者さんについて記入してください。

□については、あてはまる項目の枠の中に✓を記入してください。その他のところは、必要に応じて数字や文字を記入してください。

<今回の受診について>

1. 今回、一番気になっている疾患は以下のうちどれでしょうか。

- アトピー性皮膚炎 食物アレルギー 気管支ぜん息 アレルギー性鼻炎/花粉症/結膜炎
 じんましん その他 (_____)

2. 今回アレルギー科を受診しようと思った目的・理由をお書きください。

(例；かかりつけ医に勧められた、湿疹がなかなかよくなる)

3. 現在、特に困っていることや、アレルギー科受診に際して希望されることがありましたらお書きください。

(例；夜の咳が強くて眠れない、食べられないものが多くて困っている)

<ご家族・生活環境などについて>

1. お子さんの両親・兄弟・祖父母のアレルギー疾患の有無についてお答えください。現在または今までになったことがあるアレルギー疾患を全て選んで✓をつけてください。

	すべて なし	気管支 ぜん息	アトピー性 皮ふ炎	アレルギー性鼻炎・ 結膜炎・花粉症 (スギ、ホコリなど)	食物アレルギー (卵、乳など)	その他 (金属、薬剤など)
父()歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
母()歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
兄弟()歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
兄弟()歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
兄弟()歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
兄弟()歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
兄弟()歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
兄弟()歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
祖父母	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
祖父母	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()

2. お子さんが生まれてから現在までに、同居者で喫煙者はいましたか。

- いいえ → 4. に進んでください
 はい

2.1. 喫煙者はどなたですか。

- 母 父 祖母 祖父 その他()

2.2. 喫煙場所はどこですか。

- 屋内(居間、台所など) 屋外(ベランダ、庭など) 自宅外(会社など)

2.3. 喫煙していた時期はいつですか。

- お子さんが 歳 か月～ 歳 か月 現在

3. お子さんが生まれてから現在までに、ペットを飼育していましたか。

- いいえ → 5. に進んでください
 はい

3.1. 飼育していたペットの種類は何ですか。

- 犬(匹) 猫(匹) その他()

3.2. ペットを飼育していた時期はいつですか。

- お子さんが 歳 か月～ 歳 か月 現在

4. 現在、お子さんは集団生活(保育園など)をされていますか。

いいえ

はい → 保育園 幼稚園 小学校 中学校

5. お子さんが生まれてから今までにアレルギー以外で診断されたご病気はありますか？

いいえ

はい (病名_____)

6. かかりつけ医はありますか。

いいえ

はい (病院名_____)

<生まれた時・乳児期の状況について>

1. お子さんが生まれた時の状況についてお書きください。

妊娠週数； ___週___日 出生時体重； _____g

仮死； 無 有

保育器使用； 無 有 酸素使用； 無 有 呼吸器使用； 無 有

その他特別な問題点； _____

2. 生まれた時から離乳食を始めるまではどのように栄養をとっていましたか。

母乳のみ → 9 ページの<ご家族・生活環境について>に進んでください

混合栄養 人工ミルクのみ

2.1. 使用していた人工ミルクの種類はどれですか。

普通ミルク

アレルギー用ミルク (ミルク名； _____)

<食物アレルギーについて>

1. 今までに医師から「食物アレルギー」と診断されたことはありますか。

- いいえ →5ページの<気管支ぜん息について>に進んでください
- はい または 疑いがある と言われたことがある

1.1. 「食物アレルギー(疑いも含む)」と診断されたのはいつですか。

- ____歳 ____ヶ月頃
- わからない

1.2. 「食物アレルギー(疑いも含む)」の現在の状態は次のどれにあてはまりますか。

- 通院・治療継続中
- 症状はあるが通院・治療していない
- 症状なく摂取できる (治った)
- わからない (除去継続しているため不明)
- その他 (_____)

2. 今現在、除去している食物をお書きください。

除去している食物	アレルギー症状の有無	除去の程度
	<input type="checkbox"/> 食べて症状が出た <input type="checkbox"/> 食べたことがない	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 加工品は食べている
	<input type="checkbox"/> 食べて症状が出た <input type="checkbox"/> 食べたことがない	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 加工品は食べている
	<input type="checkbox"/> 食べて症状が出た <input type="checkbox"/> 食べたことがない	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 加工品は食べている
	<input type="checkbox"/> 食べて症状が出た <input type="checkbox"/> 食べたことがない	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 加工品は食べている
	<input type="checkbox"/> 食べて症状が出た <input type="checkbox"/> 食べたことがない	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 加工品は食べている
	<input type="checkbox"/> 食べて症状が出た <input type="checkbox"/> 食べたことがない	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 加工品は食べている
	<input type="checkbox"/> 食べて症状が出た <input type="checkbox"/> 食べたことがない	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 加工品は食べている
	<input type="checkbox"/> 食べて症状が出た <input type="checkbox"/> 食べたことがない	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 加工品は食べている
	<input type="checkbox"/> 食べて症状が出た <input type="checkbox"/> 食べたことがない	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 加工品は食べている
	<input type="checkbox"/> 食べて症状が出た <input type="checkbox"/> 食べたことがない	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 加工品は食べている
	<input type="checkbox"/> 食べて症状が出た <input type="checkbox"/> 食べたことがない	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 加工品は食べている
	<input type="checkbox"/> 食べて症状が出た <input type="checkbox"/> 食べたことがない	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 加工品は食べている
	<input type="checkbox"/> 食べて症状が出た <input type="checkbox"/> 食べたことがない	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 加工品は食べている
	<input type="checkbox"/> 食べて症状が出た <input type="checkbox"/> 食べたことがない	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 加工品は食べている
	<input type="checkbox"/> 食べて症状が出た <input type="checkbox"/> 食べたことがない	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 加工品は食べている

3. 食物を摂取して症状が出た時の状況（負荷試験も含む）を、具体的にお書きください。

年月または 年齢	原因 食物	食べたものと その量	症状出現ま での時間	出現した症状	その時の対応
例) 7か月	小麦	そうめん 1口	30分	全身赤くなった、吐いた	病院受診して薬を内服したら 1時間くらいでおさまった

4. 今までに食物アレルギーに関して行った検査を選んでください。

- 血液検査 皮膚テスト 食物経口負荷試験 検査はしていない
 (検査結果をお持ちでしたら診察時に全てお持ちください)

5. 現在、お子さんは給食で何らかの制限がありますか。

- いいえ (集団生活をしていない児も含む)
 はい → 除去食を提供してもらっている お弁当を持参している

<アトピー性皮膚炎について>

1. お子さんは、今までに皮膚がかゆい状態がありましたか？または保護者から見てお子さんが皮膚を引っかいたり、こすったりしていることがありましたか？

- いいえ
- はい

2. お子さんは、今までに皮膚のどこか（肘の内側、膝の裏、足首、首のまわり、頬など）のかゆみがある状態がありましたか？

- いいえ
- はい

3. お子さんは、今までに少なくとも6か月以上(2歳未満の場合は2か月以上)出たり消えたりするかゆみを伴った湿疹はありましたか。

- いいえ
- はい →3.1. この湿疹が初めて見られたのは何歳頃の時ですか。
 ___歳___か月 わからない

4. 今までに医師から「アトピー性皮膚炎」と診断されたことはありますか。

- いいえ
- はい または 疑いがある と言われたことがある

4.1. 「アトピー性皮膚炎(疑いも含む)」と診断されたのはいつですか。

- ___歳___ヶ月頃 わからない

4.2. 「アトピー性皮膚炎(疑いも含む)」の現在の状態は次のどれにあてはまりますか。

- 通院・治療継続中 症状はあるが通院・治療はしていない
- 無治療で症状がない(治った) →4.3. それはいつ頃ですか？ ___歳___か月頃
- その他 (_____)

5. 現在、湿疹に対して使用している薬(軟膏、内服など)はありますか。ありましたら、薬の名前、使用・服用回数などをお書きください。

- いいえ
- はい

塗り薬	
飲み薬	
その他	

6. 過去1週間のアトピー性皮膚炎の状況についてお伺いします。

受診時に0～3歳のお子様については①・1～11の質問を保護者様がお答えください。4歳以上のお子様については次ページの②・1～11の質問にお子様ご自身がお答えください。

①・1. 過去1週間に、お子様の皮膚炎の重症度はどの程度であったと思いますか？例えば、皮ふの赤みの程度や、皮ふのはがれ具合、炎症の程度、広がりかたはどのようでしたか？

きわめて重度だった (4) 重度だった (3) 普通だった (2) かなり良かった (1) なかった (0)

①・2 過去1週間に、お子様はどの程度かゆみと引っかくことがありましたか？

常にあった (3) かなりあった (2) 少しあった (1) なかった (0)

①・3 過去1週間に、お子様の機嫌はどのようでしたか？

常に泣いていた (3) 非常に機嫌が悪かった (2) わずかに機嫌が悪かった (1)

機嫌がよかった (0)

①・4 過去1週間、毎晩お子様を寝かしつけるために平均してどれくらい時間がかかりましたか？

2時間以上 (3) 1～2時間 (2) 15分～1時間 (1) 0～15分 (0)

①・5 過去1週間、毎晩お子様の睡眠が妨げられた合計時間は平均してどのくらいでしたか？

5時間以上 (3) 3～4時間 (2) 1～2時間 (1) 1時間未満 (0)

①・6 過去1週間、お子様の湿疹によって遊びや水泳が妨げられたことがありましたか？

非常に多くあった (3) かなりあった (2) 少しあった (1) まったくなかった (0)

①・7 過去1週間、お子様の湿疹によってほかの家族との活動に参加したり、楽しんだりすることが妨げられたことがありますか？

非常に多くあった (3) かなりあった (2) 少しあった (1) まったくなかった (0)

①・8 過去1週間に、湿疹が理由で食事時にお子様の問題がありましたか？

非常に多くあった (3) かなりあった (2) 少しあった (1) まったくなかった (0)

①・9 過去1週間にお子様治療によって引き起こされた問題がありましたか？

非常に多くあった (3) かなりあった (2) 少しあった (1) まったくなかった (0)

①・10 過去1週間にお子様は湿疹によって服を着たり脱いだりすることを嫌がることはありましたか？

非常に多くあった (3) かなりあった (2) 少しあった (1) まったくなかった (0)

①・11 過去1週間にお子様は湿疹があることで入浴時にどのくらいの問題がありましたか？

非常に多くあった (3) かなりあった (2) 少しあった (1) まったくなかった (0)

以下は4歳以上のお子様がお答えください。

②-1. この1週間しゅうかんに、どのくらい皮膚ひふがかゆくて、ひっかきたくて、ひりひりして痛いたかったですか？

ものすごく (3) かなり (2) すこし (1) ぜんぜん (0)

②-2. この1週間しゅうかんに、どのくらい皮膚ひふのせいで恥はずかしくなったり、気きになったり、怒おこりたくなったり、悲かなしくなったりしましたか？

ものすごく (3) かなり (2) すこし (1) ぜんぜん (0)

②-3. この1週間しゅうかんに、どのくらい皮膚ひふのことが友達関係ともだちかんけいに影響えいきょうしましたか？

ものすごく (3) かなり (2) すこし (1) ぜんぜん (0)

②-4. この1週間しゅうかん、どのくらい皮膚ひふのせいで普通ふつうと違う特別な服ちがとくべつや靴くつを使つかったり変かえたりしましたか？

ものすごく (3) かなり (2) すこし (1) ぜんぜん (0)

②-5. この1週間しゅうかん、どのくらい皮膚ひふの問題もんだいが外そとに出でかけることや遊あそぶことや趣味しゅみに影響えいきょうしましたか？

ものすごく (3) かなり (2) すこし (1) ぜんぜん (0)

②-6. この1週間しゅうかん、どのくらい皮膚ひふの問題もんだいで水泳すいえいや運動うんどうを中止ちゅうししましたか？

ものすごく (3) かなり (2) すこし (1) ぜんぜん (0)

②-7. 先週せんしゅうは学校がっこうがありましたか？学校がっこうがあった人は、皮膚ひふの問題もんだいのせいで学校がっこうの勉強べんきょうにどのくらい影響えいきょうを受けましたか？

学校がっこうに行けなかった (3) ものすごく (3) かなり (2) すこし (1) ぜんぜん (0)

休みやすの期間きかんだった人ひとは、皮膚ひふの問題もんだいで休日きゅうじつの楽しみたのみがどのくらいだめになりましたか？

ものすごく (3) かなり (2) すこし (1) ぜんぜん (0)

②-8. この1週間しゅうかん、皮膚ひふのせいで悪口わるぐちを言いわれたり、からかわれたり、質問しつもんされたりすることがどのくらいありましたか？

ものすごく (3) かなり (2) すこし (1) ぜんぜん (0)

②-9. この1週間しゅうかん、皮膚ひふの問題もんだいでどのくらい眠れませんでしたか？

ものすごく (3) かなり (2) すこし (1) ぜんぜん (0)

②-10. この1週間しゅうかん、皮膚ひふの治療ちりょうはどのくらい大変たいへんでしたか？

ものすごく (3) かなり (2) すこし (1) ぜんぜん (0)

<気管支ぜん息について>

1. お子さんは、生まれてから今までに胸がゼーゼーまたはヒューヒューしたことがありましたか。

いいえ → 2. に進んでください

はい → 3. に進んでください

2. お子さんは、生まれてから今までに夜間にかわいた咳(痰のからまない咳)がありましたか。ただし、風邪や感染症(気管支炎など)による症状は除きます。

いいえ

はい

3. お子さんは、最近 12 か月のあいだに胸がゼーゼーまたはヒューヒューしたあるいは夜間にかわいた咳をする発作がありましたか。

いいえ はい

3.1. その発作は、最近 12 か月のあいだで何回くらいありましたか。

まったくない →

1～3回 4～12回 13回以上

3.2. その発作は、最近 12 か月のあいだでいつありましたか。あてはまるものを全て選んでください。

1月 2月 3月 4月 5月 6月

7月 8月 9月 10月 11月 12月

4. お子さんは、最近 12 か月のあいだに運動中や運動後あるいは激しく動き回った後に胸がゼーゼーまたはヒューヒューしたことがありますか。

いいえ はい

5. 今までに医師から「気管支ぜん息」と診断されたことはありますか。

いいえ

はい または 疑いがある と言われたことがある

5.1. 「気管支ぜん息(疑いも含む)」と診断されたのはいつですか。

___歳___ヶ月頃 わからない

5.2. 「気管支ぜん息(疑いも含む)」の現在の状態は次のどれにあてはまりますか。

通院・治療継続中 症状はあるが通院・治療はしていない

無治療で症状がない(治った) → 5.3. 最終発作は ___年___月頃 わからない

その他 (_____)

6. お子さんが咳込んだりゼーゼー・ヒューヒューしている時に、病院や自宅で気管支を広げる薬の吸入をしたことがありますか。

いいえ

はい →6.1. 吸入をしたあと、症状は改善しましたか。

いいえ はい

7. 現在、気管支ぜん息に対して使用している薬(内服、吸入など)はありますか。ありましたら、薬の名前、服用・使用回数などをお書きください。

いいえ

はい

飲み薬	
吸入薬	
その他	

<アレルギー性鼻炎/花粉症/結膜炎について>

1. お子さんは今までに風邪などにかかっている時に、くしゃみや鼻みず、鼻づまりの症状が起こったことがありますか。

- いいえ
- はい

1.1. この鼻の症状と一緒に、眼のかゆみや涙がでるといった症状も一緒にありましたか。

- いいえ
- はい

1.2. 最近 12 か月で、この鼻や眼の症状はいつありましたか。あてはまるものを全て選んでください。

- 1月 2月 3月 4月 5月 6月
- 7月 8月 9月 10月 11月 12月

2. 今までに医師から「アレルギー性鼻炎/花粉症/結膜炎」と診断されたことはありますか。

- いいえ → 3. に進んでください
- はい または 疑いがある と言われたことがある

2.1. 「アレルギー性鼻炎/花粉症/結膜炎(疑いも含む)」と診断されたのはいつですか。

- ____歳 ____ヶ月頃
- わからない

2.2. 「アレルギー性鼻炎/花粉症/結膜炎(疑いも含む)」の現在 (最近 1 年間) の状態は次のどれにあてはまりますか。

- 通院・治療継続中
- 症状はあるが通院・治療はしていない
- 無治療で症状がない (治った) → 3.3. それはいつ頃ですか? ____歳 ____ヶ月頃
- その他 (_____)

3. 現在、アレルギー性鼻炎/花粉症/結膜炎に対して使用している薬(内服、点鼻薬、点眼など)はありますか。ありましたら、薬の名前、服用・使用回数などをお書きください。

- いいえ
- はい

飲み薬	
その他 (点鼻・点眼薬など)	

<その他のアレルギー疾患について>

1. 今までに、その他のアレルギー疾患について医師から診断されたことはありますか。

いいえ

はい → じんましん

薬剤アレルギー（原因薬物； _____）

動物アレルギー（原因動物； _____）

その他（ _____）

2. 現在、上記の疾患に対して使用している薬(内服薬など)はありますか。ありましたら、薬の名前、服用・使用回数などをお書きください。

いいえ

はい

飲み薬	
その他	

質問は以上になります。記入もれがないかどうか、再度ご確認ください。

ご協力ありがとうございます。

当科の治療内容、治療の流れは web サイトから見る事が出来ます。

受診前に確認しておくこと、説明がわかりやすくなります。一読ください。



神奈川県立こども医療センター アレルギー科