

「アレルギー初診」問診表（アトピー性皮膚炎・皮膚トラブル）

しんつなシェルキッズクリニック

アレルギー症状で初めて受診をされる方は、以下の項目についてお分かりになる範囲でご記入
あるいは✓をつけてください。

ふりがな

お名前 _____ (男・女) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

- 1 本日、ご相談されたいアレルギー症状はなんですか？
 食物アレルギー アトピー性皮膚炎 じんましん その他皮膚トラブル
 気管支喘息 長引く咳 アレルギー性鼻炎（ダニや花粉症など）
 舌下免疫療法（スギ・ダニ）について スキンケア方法について
 その他（ _____ ）
- 2 お子さまのアレルギー症状で診断されているものがあれば病名とお薬を教えてください。
 食物アレルギー アトピー性皮膚炎 気管支喘息
 その他（ _____ ）
 お薬なし お薬あり（ _____ ）
- 3 ご家族にアレルギー歴があれば教えてください。
お父さま なし あり（ _____ ）
お母さま なし あり（ _____ ）
ご兄弟 なし あり（ _____ ）
- 4 妊娠・分娩（周産期）についてとトラブルがあれば内容を教えてください。
在胎週数 _____ 週 _____ 日 出生体重 _____ g
 トラブルなし トラブルあり（ _____ ）
- 5 授乳の栄養はどのようにされていましたか？
 母乳のみ 人工ミルクのみ 母乳と人工ミルク 人工ミルク名（ _____ ）
- 6 ペットは飼育していますか？
 飼育していない 飼育（ 屋内 屋外 実家 ペット _____ ）
- 7 就学前のお子さまは、幼稚園または保育施設に通園していますか？
 通園していない 通園（ 幼稚園 保育園 _____ 歳 _____ か月から）



「アトピー性皮膚炎・皮膚トラブル」問診表

しんつなシェルキッズクリニック

- 1 乳幼児の皮膚の状態はどうでしたか？
 特に困らなかった 湿疹やガサガサが目立った 湿疹がジクジクしていた
 かゆみで眠れないことがあった その他 ()
- 2 いつから皮膚のトラブルがはじまりましたか？
いつごろ (歳 月)
- 3 アトピー性皮膚炎と診断されたことはありますか？
 なし あり (診断された時期 歳 月)
- 4 現在、かゆみはありますか？ありましたら、内容を教えてください。
 なし あり (一日中 入浴するとき 着替えるとき 汗をかいたとき)
(寝るとき その他 ())
- 5 皮膚のトラブルがやすい部分はどこですか？
 頭、頭皮 顔 首 わき 手 ひじ ひじの内側 おなか 背中
 股 ひざ ひざの裏 足 その他 ()
- 6 現在、お薬を飲んでいますか？また、過去に飲んでいたお薬も教えてください。
 なし あり (現在のお薬)
(過去のお薬)
- 7 現在、保湿剤やステロイドのお薬を塗っていたら、内容を教えてください。
 保湿剤 塗る回数 (1日 回)
お薬 (ワセリン ヒルドイド その他)
 ステロイド 塗る回数 (1日 回)
お薬 (ロコイド リンデロン その他)
- 8 毎日お風呂には入りますか？
 はい いいえ (何日に1回は入りますか？ 日に 回)

その他、ご相談されたいことがありましたら、ご自由にご記入ください。