小児科問診表（共通）記載日：　　　　　年　　　月　　　日

カナ氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　年齢　　　　歳　　　ヶ月

身長　　　　　　㎝　　体重　　　　　　㎏体温　　　　　℃

１．お子さんの家族構成について

　　本人＝◎ 兄弟＝□　姉妹＝○ で書いてください

　　ご家族のアレルギーについて下の中から数字を選んで（　　）内に記入して下さい

　　　　　　　　父 　　　　歳（　　　　　　　　　　）

　 　 　　　　　歳

　（　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　 　　　　歳（ ）

　　　　歳（　　　　　　　　　　）

　　　　母

　 　　　　　歳　　　　　　　　　　　　　 　　　　　 歳（　　　　　　　　　　）

　（　　　　　　）

①喘息　　②アトピー　　③食物アレルギー　⑦果物などで口やのどが痒くなる

④アレルギー性鼻炎・結膜炎・花粉症　　⑥じんましん　　⑧薬アレルギー

２．同居のご家族にタバコを吸う人はいますか？（電子タバコも含む）

　　□いない ・　 □いる　　□父　　　□母　　　　　□他

　　　　　　　　　　　　　　　　□室内 □換気扇下　　□屋外（ベランダなど）

３．現在、自宅や実家でペットを飼っていますか？　○をつけて下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 自宅 | 自宅（室内） | 自宅（屋外） | 実家 |
| イヌ |  |  |  |
| ネコ |  |  |  |
| その他（　　　　　　　　　） |  |  |  |

４．お住まいについて、チェックして下さい。

　　　　　　お子さんの寝具　　　　　　　□ベッド　　□ふとん　　□防ダニカバー

　　　　　　お子さんの寝室　たたみ　　　　　　　　　□あり　　　□なし

　　　　　　　　　　　　　　じゅうたん・カーペット　□あり　　　□なし

　　　　　　お布団の掃除　　　　　　　　□干す　　　□乾燥機　　□掃除機をかける

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　１週間に　　　　　　回

小児科問診表（食物アレルギー）記載日：　　　　　年　　　月　　　日

カナ氏名　　　　　　　　　　　　　　　（電子カルテに保存するので必ず書いてください）

1. **現在、**お子さんが除去している食物について、お書きください
2. そのうち、**食べてアレルギー症状がでたことのある食物を**、お書きください
3. 現在、授乳中のお母さんが除去している食物があれば、お書きください
4. 離乳食を始める前のお子さんについて、お書きください

　１）母乳を与えていましたか？　　　１.はい（　　ヶ月 ～　　ヶ月）　　２.いいえ

　２）粉ミルクを与えていましたか？　１.はい（　　ヶ月 ～　　ヶ月）　　２.いいえ

　３）粉ミルクは何を使っていますか？ 商品名 （　 　　　　　　　　　　）

５．生後６ヵ月までにお子さんの顔に乳児湿疹がありましたか？

　　□はい　　　　ヵ月ごろから　□いいえ

６．エピペン（アドレナリン）自己注射を持っていますか？

　　□はい　　　　　　　□いいえ

小児科問診表（アトピー）記載日：　　　　　年　　　月　　　日

カナ氏名：　　　　　　　　　　　　　　（電子カルテに保存するので必ず書いてください）

1. お子さんは、いつから湿疹が出ましたか？

顔：　　　歳　　　ヵ月ごろから　体：　　　歳　　　ヵ月ごろから

２．病院でアトピー性皮膚炎と言われたことがありますか？

　□ある　□ない

４.悪化する原因にすべてチェックをつけてください

　　□春　 □夏　 □秋　 □冬　□運動　□入浴　□ストレス　□汗　□その他

５.かゆみなしを0点、かゆくて我慢できないのを10点とすると、今のかゆみは何点ですか？

　　　点

６.夜、寝られるのを0点、全然寝られないのを10点とすると、寝る時のかゆみは何点ですか？

　　　　　点

７.入浴やシャワーは１日何回ですか？　　□１日１回　　□１日２回　　□その他

８.顔と体を石けんで洗っていますか？　　顔：□はい　□いいえ　　体：□はい　□いいえ

９.石けんの泡をたてて、泡で洗っていますか？　　　□はい　□いいえ

10.ガーゼやスポンジなどを使って、洗いますか？　　□はい　□いいえ

11.保湿剤をぬっていますか　　　　　　　　　□毎日　　　□時々 □ぬらない

12.ステロイドのぬり薬を使っていますか　　　□毎日　　　□時々 □ぬらない

13.ステロイドのぬり薬の副作用が心配ですか？　　　□はい　□いいえ

14.現在、使っている薬があれば、その名前を書いて下さい

　１）ぬり薬

　２）のみ薬

小児科問診表（喘息）：記載日　　　　　年　　　月　　　日

カナ氏名：　　　　　　　　　　　　　　　（電子カルテに保存するので必ず書いてください）

１．初めてゼーゼーしたのはいつですか？　　　　　　　　　　　歳　　　　ヶ月

2.　これまで何回ゼーゼーしたことがありますか？　　 回　(そのうち1年以内　　　回)

3．喘息と診断された (または疑われた) のはいつですか？　　　　　　　　歳　　　　ヶ月

4．０歳の時にゼーゼーや気管支炎で入院したことがありますか？

　　 □ない　　□ある　　その原因　□RSウイルス　□ヒトメタニューモウイルス

　　　　　　　　　　　　　　　　　 □その他

5．運動や大笑いなどでゼーゼーや咳きこみがでますか？

　　 □今もある　　□以前はあった　　□なし

6．喘息発作で入院したことのあるお子さんは、入院した年齢をすべて書いてください

　　　　　　　　歳　　　　　　ヶ月ごろ　　　　　　　　　　　歳　　　　　　ヶ月ごろ

　　　　　　　　歳　　　　　　ヶ月ごろ　　　　　　　　　　　歳　　　　　　ヶ月ごろ

７．咳、ゼーゼー、喘息発作などで、病院で吸入したことはありますか？

　　□０回　□1回　□2〜3回　□4〜5回　□5〜10回　□10回以上

８．吸入をすると、その症状が良くなりますか？

　　□良くなる　□すこし良くなるが不十分　□あまり良くならない　□まったく良くならない

9．咳が悪化するのはいつですか？　□春　□夏　□秋　□冬　□季節の変わり目　□天気の変化

10．現在、使っている薬について書いてください

のみ薬：

吸入薬：

気管支拡張薬のテープは使っていますか？　□よく使う　□時々　□ほとんど使わない

小児科問診表（鼻炎結膜炎１枚目）記載日：　　　年　　　月　　　日

カナ氏名：　　　　　　　　　　　　　　　（電子カルテに保存するので必ず書いてください）

通年性アレルギー性鼻炎の方は１枚目を、スギ花粉症の方は２枚目を書いてください

両方ある方は、１枚目・２枚目どちらも書いてください。どちらもない方は記入不要です。

★通年性アレルギー性鼻炎について質問します

1.当てはまる症状すべてにチェックしてください

□鼻水　□くしゃみ　□鼻づまり □目のかゆみ

2.1.の症状で最もつらい症状はどの症状ですか。

　□鼻水　□くしゃみ　□鼻づまり □目のかゆみ

3.通年性アレルギー性鼻炎になったので何歳ごろですか？　　( )歳

4.鼻炎が悪化する時期を選んでください。

□春　□夏　□秋　□冬　□一年中　　特にひどくなる月　（　　　）月

5. 通年性アレルギー性鼻炎の症状であてはまるものすべてにチェックをして下さい。

* よく眠れない　　　　　　　　□日常生活、スポーツ、レジャーで困る
* 職場や学校で症状がでる　　　□わずらわしい症状がある

6.鼻洗器（鼻うがい）について　　　□持っている　□知っているが持ってない　□知らない

7.現在、お使いのお薬について記載してください (なければ空欄)

内服薬：商品名(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

点鼻薬：商品名( )

点眼薬：商品名( )

8.ダニアレルギーに対するアレルゲン舌下免疫療法に興味はありますか？

　□ある　　□なし　　□現在受けている

.9.ダニアレルギーに対するアレルゲン皮下注射免疫療法に興味はありますか？

　　□ある　　□なし　　□現在受けている

小児科問診表（鼻炎結膜炎２枚目）記載日：　　　年　　　月　　　日

カナ氏名：　　　　　　　　　　　　　　　（電子カルテに保存するので必ず書いてください）

★スギ花粉症について質問します

1.当てはまる症状すべてにチェックしてください

□鼻水　□くしゃみ　□鼻づまり □目のかゆみ

2.症状で最もつらいのは、どの症状ですか。

　□鼻水　□くしゃみ　□鼻づまり □目のかゆみ

3.何歳ごろから花粉症になりましたか？　　( )歳

4. スギ花粉症シーズンにあてはまる症状すべてにチェックをして下さい。

* よく眠れない　　　　　　　□日常生活、スポーツ、レジャーで困る
* 職場や学校で症状がでる　　□わずらわしい症状がある

5.鼻洗器（鼻うがい）について　□持っている　□知っているが持ってない　□知らない

6. スギ花粉症のシーズンで使った薬をすべて書いてください

のみ薬：

点鼻　：

目薬　：

7.スギ花粉症に対するアレルゲン舌下免疫療法に興味はありますか？

　□ある　　□なし　　□現在受けている途中

.8.スギ花粉症に対するアレルゲン皮下注射免疫療法に興味はありますか？

　　□ある　　□なし　　□現在受けている途中