

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 cm 体重 kg 体温 °C

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		
（ _____ ）		
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 カ月ごろから ☐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 カ月ごろから 体： 歳 カ月ごろから

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いない ☐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

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いない ☐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ギー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ギー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