

アレルギー問診票

お名前【 】

アレルギー症状の原因を知ることは、治療や対策への第一歩です。
診断には症状を的確に把握することが大切ですので、ご記入をお願いします。
※症状が全く無くアレルギー検査をご希望される場合、保険適応にはならず自費での検査となります。

下記の質問にお答えください。当てはまる項目には□にレ点をつけてください。

① どのような症状がありますか？（複数回答可）

- 鼻炎（鼻水、花粉症） 目のかゆみ アトピー性皮膚炎
 咳 じんましん 食物アレルギー → 設問⑤も回答してください
 喘息 湿疹 その他（具体的： ）

② 症状が起こる時期はいつ頃ですか？当てはまるものを○で囲んでください。

- 1月・2月・3月・4月・5月・6月・7月・8月・9月・10月・11月・12月
 季節の変わり目 年中 時期によらない

③ 症状が起こるきっかけとなるものはありますか？

- 特に思いつくものなし
 起床時 風邪症状時
 掃除 疲れ・体調不良時
 布団や衣類の出し入れ時 ある特定の部屋に入る時
 布団に寝た時 屋外に行った時
 タバコや煙・芳香剤などの刺激を受けた時 動物に近づいた時（動物の種類： ）
 その他（ ）

④ ペットはいますか？

- 過去も現在もない
 現在いる (イヌ ネコ その他：)
 過去にいた (イヌ ネコ その他：)

⑤ ※食物アレルギーを疑う方のみ回答してください

- 1 きっかけとなった食べ物は何か？ ()
-2 食べてから症状が出るまでの時間は？ ()
-3 当てはまる症状にレ点をつけてください。
 □やノドのかゆみやピリピリとした痛み 腹痛 気分不良
 唇の腫れ 下痢 血圧低下
 まぶたの腫れ 嘔吐 息苦しさ
 じんましん・発疹 その他 ()

⑥ 今までアレルギー検査を受けたことはありますか？

- ない
 皮膚テスト 血液検査 その他 ()
※ 検査結果で陽性だったものを教えて下さい ()

⑦ お薬を希望されますか？

- 希望しない
 希望する … 過去に眠気や倦怠感を感じた薬がありますか？ なし あり（薬剤名： ）
【目の症状がある方】 目薬の希望 なし あり
【皮膚の症状がある方】 塗り薬の希望 なし あり

⑧ 希望するアレルギー検査はありますか？(右表と2枚目参照)

※ 6歳以上の方には原則、採血で対応させていただいております

- 採血 ドロップスクリーン
 医師と相談して決めたい

⑨ その他、伝えたいことがありましたらご記入ください。

()

採血	・調べたいアレルゲン(検査項目)が定まっている ・アレルギーの体質があるか知りたい ・一括で39項目のアレルゲンが検査可 ・結果は1週間後・血液型も調べたい
ドロップスクリーン	・一括で41項目のアレルゲンが検査可 ・6歳未満 ・採血が苦手 ・どうしても今日中に結果が知りたい