

初診問診票

記入日 年 月 日

フリガナ	生年月日
氏名	T・S・H 年 月 日生
(男・女)	年齢 歳 カ月

住所 (〒 -)

携帯電話

自宅電話

体重 (kg) ※薬の量の計算に必要です。職業 夜勤の有無 (有・無)

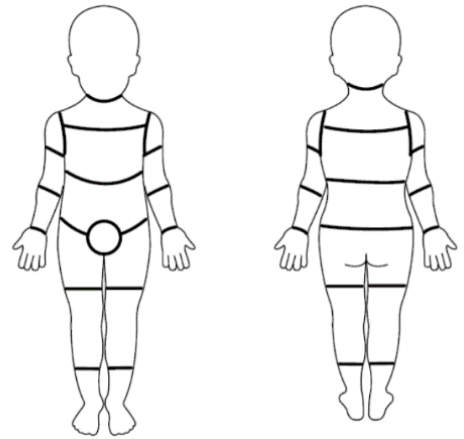
1. 本日はどのようなアレルギーの病気で来られましたか？

- ① アトピー性皮膚炎 ② じんましん ③ 喘息
④ アレルギー性鼻炎 ⑤ 食物アレルギー
⑥ その他 ()

2. いつ頃からその病気がありましたか？

才 カ月から

3. 右の図へ、どこにどのような症状があるかを自由にお書きください。症状がある部分は斜線で記してください。



4. 緑内障や、前立腺肥大症はありませんか？

(ある (緑内障・前立腺肥大症) ・ ない)

他の病気は何かありますか？

(ある (何が :) ・ ない)

5. 今までの治療はどのようなものですか？ ※塗布、吸入期間は今までのトータルをご記入ください。

① ステロイドホルモン軟膏

(何を : 塗布期間 : 年 カ月 最終使用 : 年 月)

② プロトピック軟膏

(何を : 塗布期間 : 年 カ月 最終使用 : 年 月)

③ その他使用した軟膏 (ヒルロイド等)

(何を : 塗布期間 : 年 カ月 最終使用 : 年 月)

④ 内服薬

(何を : 塗布期間 : 年 カ月 最終使用 : 年 月)

⑤ その他 : 吸入薬等

(何を : 吸入期間 : 年 カ月 最終使用 : 年 月)

⑥ 治療したことがない

6. ご入浴に関して

(1) 体を何で洗っていますか？ (ボディーソープ・固形石鹸・その他 ())

(2) 入浴後に保湿剤 (ワセリン、市販のクリーム等含む) を使用していますか (使用していましたか) ?

(はい (具体的に何をどれぐらいの期間)) ・ いいえ)

(NO, 1)

2 枚目につづく

7. 今までに飲んだり、食べたり、触ったり、または吸入して（香り等）アレルギーの症状を起こした薬、食べ物、その他の物がありましたらご記入ください。

（物の名前： _____）

（症状：じんましん・かゆみ・はれ（口）・のどのイガイガ・その他 _____）

8. ご家族の方でアレルギーの病気がある方はいらっしゃいますか？

① はい（父・母・祖父・祖母・兄弟姉妹・息子・娘） ・ いいえ

② ①が「はい」の方へ どのような病気ですか？

（アトピー性皮膚炎・喘息・じんましん・アレルギー性鼻炎・食物アレルギー・アレルギー性結膜炎）

9. 家でペットを飼っていますか？

（はい（何を： _____（室内・屋内）何匹： _____） ・ いいえ）

10. ご本人、またはご家族で喫煙される方はいらっしゃいますか？

※喫煙はたとえ屋外でも、体に煙がついて、アレルギー反応を悪化させます。

（はい（本人・父・母・祖父・祖母・その他（ _____ ） ・ いいえ）

11. 女性の方へご質問

（1）妊娠について： ①している ②している可能性がある ③妊娠を希望している ④していない

（2）授乳について： ①している（母乳・粉ミルク・母乳と粉ミルクの混合） ②していない

12. 当院ではステロイド、プロトピックや保湿剤は、一時しのぎの対症療法であり、中止後にリバウンド

（体がじくじくになったり、腫れたり、アトピーの範囲が広がったりと、アトピー症状が悪化します。）

を起こすだけと考えています。従って、そのような薬は使用しません。

この事を理解して、当院での治療を希望されますか？

①理解して希望します ②理解できないので希望しません

13. 当院を何でお知りになりましたか？

①知人・家族からの紹介（お名前： _____） ②インターネット

③他院からの紹介（病院名： _____） ④講演を聴いて

⑤以前、木俣医師が診療していた（病院名： _____）

⑥その他（ _____）

お疲れ様でした。1日も早い改善の為に、頑張りましょう。

また当院では、皮膚の細菌の検査と、皮膚を使つてのアレルギー検査をします。

今まで3万人以上の患者様にし、赤ちゃんでも簡単にできる検査ですのでご安心下さい。