

# 初診問診票

記入日 年 月 日

フリガナ	生年月日
氏名	T・S・H・R 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)

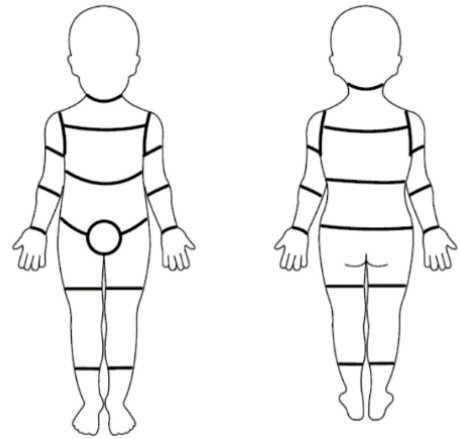
1. 本日はどのようなアレルギーの病気で来られましたか？

- 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. 現在、服用中のお薬または禁止されているお薬がございましたら、ご記入ください。

服用中 (ある (薬品名 : ) ・ ない)

使用禁止薬 (ある (薬品名 : ) ・ ない)

6. 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

(NO, 1)

2枚目につづく

## 7. 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)

## 8. 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 \_\_\_\_\_)

## 9. 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)

## 10. 家でペットを飼っていますか？

(はい (何を: \_\_\_\_\_ (室内・屋外) 何匹: \_\_\_\_\_) ・ いいえ)

## 11. 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)

## 12. 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

## 13. 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

## 14. 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。