

初診問診票

記入日 年 月 日

フリガナ	生年月日
氏名	S・H・R 年 月 日生
(男 ・ 女)	年 齡 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。

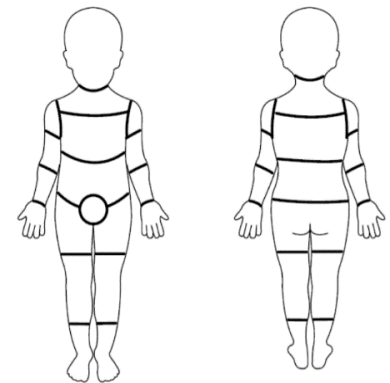
職種

夜勤 [あり ・ なし]

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？

- ・アトピー性皮膚炎 / じんましん / ぜんそく / アレルギー性鼻炎
- ・食物アレルギー【何に: _____】
【症状: じんましん / かゆみ / アナフィラキシーショック / 口の中のはれ / イガイガ】
- ・接触性皮膚炎(ゴム手袋など)【 _____ 】
- ・花粉症(春 / 秋 / 通年)
- ・その他の症状【 _____ 】

症状がある部分に斜線をひいてください



2. いつ頃からその病気がありましたか？【 _____ 才 _____ カ月から 】

3. 緑内障や、前立腺肥大症(おしっこがでにくい等)、甲状腺の病気はありますか？

【 ある (緑内障 ・ 前立腺肥大症 ・ 甲状腺) ・ ない 】※これらの症状のある方は当院で処方できない薬があります。

4. アトピー性皮膚炎の治療はどの様にしてきましたか？

※小さいころからのトータルの使用期間と最終使用を知りたいです。できるだけご自身で計算し、ご記入ください。

- ステロイド軟膏【何を: _____】【使用期間…幼いころから含んで約 _____ 年】
【最後に使ったのは? _____ 年 _____ 月】
- プロトピック軟膏【 あり ・ なし 】 【使用期間…幼いころから含んで約 _____ 年】
【最後に使ったのは? _____ 年 _____ 月】
- その他:吸入薬等【何を: _____】【使用期間:幼いころから含んで約 _____ 年】
【最後に使ったのは? _____ 年 _____ 月】
- 保湿剤使用 【 あり ・ なし 】 【使用期間:幼いころから含んで約 _____ 年】
【何を: ヒルロイド ・ ワセリン ・ 市販のクリーム】 【最後に使ったのは? _____ 年 _____ 月】
- 治療したことがない

5. 1番と3番の質問以外で、治療中、通院中の病気はありますか？

【 ある【病名 _____】 ・ ない 】

現在服用中の薬品名 【 _____ 】

6. 使用禁止薬または、薬で発疹、めまい、吐き気を起こしたことがありますか？

【 あり【薬品名: _____】 ・ なし 】

7. ご入浴時、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 _____】

8. ご家族の方でアレルギーの病気がある方はいますか？

【 はい（父・母・祖父・祖母・兄弟姉妹・息子・娘） ・ いいえ 】

症状は？【アトピー性皮膚炎 ・ 喘息 ・ 花粉症 ・ 食物アレルギー ・ アレルギー性結膜炎・その他 _____】

9. ペットを飼っていますか？【はい【何を: _____（室内・室外）】 ・ いいえ】

10. 喫煙される方はいますか？【はい【本人 ・ 同居の方(_____) ・ いいえ】

11. 女性と赤ちゃんへの質問

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

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. 当院を何でお知りになりましたか？

知人・家族からの紹介【名前: _____】・他院からの紹介【病院名: _____】

以前、木俣医師が診療していた【病院名: _____】・講演会・インターネット・【その他: _____】

同意いただけましたら、□にチェックをつけてください

【治療と検査について】

- 内服薬と外用薬を使用します。
- 今までの内服薬と外用薬(保湿剤を含む)、漢方薬などは中止していただきます。
- アレルギー検査や細菌培養検査は必要に応じて実施します。

【リバウンドについて】

- 痒みの増加、^{らくせつ}落屑の増加(皮がはがれる)傷から浸出液が増える等皮膚の状態が悪化する場合がある
- 寒気、発汗など体温調節の異常、のどの渇きが出る場合がある
- 全身倦怠感(体のだるい、重い)頭痛、^{けんたいかん}浮腫み、不眠、食欲減退など現れることがある

木俣 肇 殿

治療内容を理解して同意します ・ 同意しません