

＜アレルギー科 問診票＞

IDお名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月

記載日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 記載者(続柄) \_\_\_\_\_

**アレルギーの家族歴**

父：食物アレルギー、アトピー性皮膚炎、気管支喘息、蕁麻疹、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎、花粉症、その他( )

母：食物アレルギー、アトピー性皮膚炎、気管支喘息、蕁麻疹、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎、花粉症、その他( )

兄弟姉妹：食物アレルギー、アトピー性皮膚炎、気管支喘息、蕁麻疹、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎、花粉症、その他( )

兄弟姉妹：食物アレルギー、アトピー性皮膚炎、気管支喘息、蕁麻疹、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎、花粉症、その他( )

兄弟姉妹：食物アレルギー、アトピー性皮膚炎、気管支喘息、蕁麻疹、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎、花粉症、その他( )

**母親の妊娠中、授乳中の食事**

妊娠中、授乳中に母親が除去していた食物があれば教えてください  
( )

**新生児期と乳児期の栄養**

- 1) 完全母乳
- 2) 完全人工乳(ミルク： )
- 3) 混合(母乳+ミルク)：併用したミルク( )  
併用した時期( )
- 4) 離乳食の開始時期：( \_\_\_\_\_ ヶ月)
- 5) 離乳食で卵、牛乳、大豆、小麦、大豆製品はいつから開始しましたか？  
卵： \_\_\_\_\_ 牛乳： \_\_\_\_\_ 小麦： \_\_\_\_\_ 大豆： \_\_\_\_\_

**目について(症状のある方のみ記入してください)**

- 1) どのような症状がありますか？： 目のかゆみ、目の充血、目やに
- 2) 症状の出現時期：( \_\_\_\_\_ 歳)
- 3) 悪化する時期：春、夏、秋、冬、一年中 特にひどくなる月( \_\_\_\_\_ )
- 4) 原因：動物( \_\_\_\_\_ )、花粉( \_\_\_\_\_ )、ダニ・ホコリ、( \_\_\_\_\_ )、その他( \_\_\_\_\_ )

**鼻について(症状のある方のみ記入してください)**

- 1) どのような症状がありますか？： 鼻水、くしゃみ、鼻づまり
- 2) 症状の出現時期：(歳)
- 3) 悪化する時期：春、夏、秋、冬、一年中 特にひどくなる月( \_\_\_\_\_ )
- 4) 原因：動物( \_\_\_\_\_ )、花粉( \_\_\_\_\_ )、ダニ・ホコリ、( \_\_\_\_\_ )、その他( \_\_\_\_\_ )
- 5) アレルゲン舌下免疫療法に興味がありますか？： ある、 ない、 わからない





## 家庭環境

- 1) 現在住んでいる家は？：一戸建て（築 年）、マンション、アパート、その他（ ）
- 2) 現在住んでいる家は何年前から住んでいますか？： 年前から
- 3) 現在住んでいる家はどんな場所にありますか？：住宅街、商店街、工業地帯、交通量の多い郊外、山間部、海岸沿い、その他（ ）
- 4) ほこりは？： 多い 少ない
- 5) ペットは？： 犬、猫、鳥、その他（ ） どこで飼ってる？（ ）
- 6) ぬいぐるみは？： 多い 少ない
- 7) たばこを吸う人は？： いないいる（吸っている人： 場所：  
種類：普通たばこ、電子たばこ（加熱式たばこ）、その他（ ）
- 8) かびが生えている場所：ある ない
- 9) その場所は？：風呂場、台所、置場、押入れ、寝室、その他（ ）
- 10) ジュウタン（カーペット）は？： ある
- 11) 掃除の道具：掃除機、クイックルワイパー、その他（ ）
- 12) 掃除の回数： 日に 回
- 13) 次のもので発作を起こすものは？：たばこ、けむり、線香、蚊取り線香、花火、ペンキ、シンナー、ガソリン、防虫剤、新築の家、その他（ ）
- 14) 家の中に花や植物は？： ある ない
- 15) お子さんの枕：そばがら、スポンジ、パンヤ、プラスチックパイプ、綿、羽毛、その他（ ）
- 16) 寝具は？：ベッド、二段ベッド、布団、マットと布団、その他（ ）
- 17) 布団の材質は？：綿、羊毛、羽毛、その他（ ）
- 18) 布団は干していますか？：干していない、干している、掃除機をかけている
- 19) その頻度は？：毎日、 回/週、 回/月、 その他（ ）
- 20) ダニ防止カバーは使用していますか？ 使用している（何を？： ）、使用していない
- 20) 冷房装置は？：エアコン、扇風機、特になし、その他（ ）
- 21) 暖房装置は？：ストーブ（電気、ガス、石油）、温風ヒーター、パネルヒーター、蓄熱暖房、コタツ、エアコン（電気、その他 ）
- 22) 転居したことは？： ある ない
- 23) 転居をした場合、喘息の症状は？： 軽快した、 不変、 増悪した

## 現在の治療（薬の名前）

内服薬：

吸入薬：

点眼薬、点鼻薬：

その他（ぬり薬は「皮膚について」の欄に記載してください）：

その他お子様の経過について書いてください

## アトピー性皮膚炎の患者さんのための症状確認項目

下記の1～7の質問に対し、回答を1つ選んでください。

- 1) この1週間で、湿疹のために皮膚のかゆみがあった日は何日ありましたか？  
なし(0日)    1～2日    3～4日    5～6日    毎日
- 2) この1週間で、湿疹のために夜の睡眠が妨げられた日は何日ありましたか？  
なし(0日)    1～2日    3～4日    5～6日    毎日
- 3) この1週間で、湿疹のために皮膚から出血した日は何日ありましたか？  
なし(0日)    1～2日    3～4日    5～6日    毎日
- 4) この1週間で、湿疹のために皮膚がジクジク(透明な液体がにじみ出る)した日は何日ありましたか？  
なし(0日)    1～2日    3～4日    5～6日    毎日
- 5) この1週間で、湿疹のために皮膚にひび割れができた日は何日ありましたか？  
なし(0日)    1～2日    3～4日    5～6日    毎日
- 6) この1週間で、湿疹のために皮膚がポロポロと剥がれ落ちた日は何日ありましたか？  
なし(0日)    1～2日    3～4日    5～6日    毎日
- 7) この1週間で、湿疹のために皮膚が乾燥またはザラザラしていると感じた日は何日ありましたか？  
なし(0日)    1～2日    3～4日    5～6日    毎日

## 小児喘息コントロール状態 (4～11歳)

下記の質問について、回答を1つ選んでください。

\*以下の質問は、お子様に答えてもらってください。

1) きょうのぜんそくのぐあいはどうですか？

とてもわるい わるい よい とてもよい

2) はしったり、うんどうしたり、スポーツしたりするとき、ぜんそくでどのくらいこまっていますか？

やりたいことができず、とてもこまっている こまるし、いやだ  
すこしはこまるが、だいじょうぶ まったくこまらない

3) ぜんそくのせいで、せきはでますか？

はい、いつも はい、ほとんどいつも はい、ときどき いいえ、まったく

4) ぜんそくのせいで、よなかにめがさめますか？

はい、いつも はい、ほとんどいつも はい、ときどき いいえ、まったく

\*以下の質問は、保護者の方ご自身がお答えください。

5) この4週間で、日中お子様に何らかの喘息症状が出た日は何日ありましたか？

全くない 1～3日 4～10日 11～18日 19～24日 毎日

6) この4週間で、喘息のせいで日中お子様の息がゼーゼーした日は何日ありましたか？

全くない 1～3日 4～10日 11～18日 19～24日 毎日

7) この4週間で、喘息のせいでお子様が夜中に目を覚ました日は何日ありましたか？

全くない 1～3日 4～10日 11～18日 19～24日 毎日

## 喘息コントロール状態 (12歳以上)

下記の質問について、回答を1つ選んでください。

1) この4週間に、喘息のせいで職場(学校)や家庭で思うように仕事(勉強)がはかどらなかったことは時間的にどの程度ありましたか？

いつも かなり いくぶん 少し 全くない

2) この4週間に、どのくらい息切れがしましたか？

1日に2回以上 1日に1回 1週間に3～6回 1週間に1、2回 全くない

3) この4週間に、喘息の症状(ゼイゼイする、咳、息切れ、胸が苦しい・痛い)のせいで夜中に目が覚めたり、いつもより朝早く目が覚めてしまうことがどのくらいありましたか？

1週間に4回以上 1週間に2、3回 1週間に1回 1、2回 全くない

4) この4週間に、発作止めの吸入薬(サルブタモールなど)をどのくらい使いましたか？

1日に3回以上 1日に1、2回 1週間に数回 1週間に1回以下 全くない

5) この4週間に、自分自身の喘息をどの程度コントロールできたと思いますか？

全くできなかった あまりできなかった まあまあできた 十分できた 完全にできた