

# アレルギー初診問診票

ID \_\_\_\_\_ 名前 \_\_\_\_\_ 記載日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

円滑で的確な診療のために、すべてのページに目を通して、出来るだけ詳細に記入ください。

## 家族歴・環境などに関する質問

■ 患者本人がこれまでに医師に診断されたアレルギー疾患に○印をつけ、診断年齢を記入してください。

- |                               |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|
| 1. 気管支ぜん息 ( ____ 歳 ____ ヶ月)   | 5. アレルギー性鼻炎 ( ____ 歳 ____ ヶ月)  |
| 2. アトピー性皮膚炎 ( ____ 歳 ____ ヶ月) | 6. アレルギー性結膜炎 ( ____ 歳 ____ ヶ月) |
| 3. 食物アレルギー ( ____ 歳 ____ ヶ月)  | 7. 薬物アレルギー ( ____ 歳 ____ ヶ月)   |
| 4. 花粉症 ( ____ 歳 ____ ヶ月)      | 8. 金属アレルギー ( ____ 歳 ____ ヶ月)   |

### ■ 家族・環境因子

#### 1. 家族構成、アレルギー歴、喫煙

- ・ 患児と同居している家族に関して記入してください。同居していればアレルギー病歴がなくても続柄、年齢など記入して、アレルギー病歴に“なし”と記入してください。喫煙者は喫煙欄に○印を記入してください。
- ・ アレルギー病歴は以下から該当する番号を記入してください。
- ・ 食物、薬物、金属アレルギーは原因食物・物質を併記してください。

続柄	年齢	アレルギー病歴	その他	喫煙	続柄	年齢	アレルギー病歴	その他	喫煙
父									
母									
祖父									
祖母									

#### 《 アレルギー病歴 》

- |           |            |             |
|-----------|------------|-------------|
| ① 気管支ぜん息  | ② アトピー性皮膚炎 | ③ 食物アレルギー   |
| ④ 花粉症     | ⑤ アレルギー性鼻炎 | ⑥ アレルギー性結膜炎 |
| ⑦ 薬物アレルギー | ⑧ 金属アレルギー  | ⑨ その他       |

#### 2. ペットの飼育状況

・ 自宅・実家の現在および過去のペット飼育状況を記入し、飼育歴がある場合は飼育頭数を記入してください。

自宅	現在		過去		実家	現在		過去	
	室内	室外	室内	室外		室内	室外	室内	室外
イヌ					イヌ				
ネコ					ネコ				
小鳥					小鳥				
( )					( )				

## 3. 住環境・環境整備状況（当てはまる番号に○をつけてください）

## 1) 住居形態

- ① 戸建            ② マンション・アパート \_\_\_\_\_ 階

## 2) 築年数

- ① 26年以上    ② 16～25年    ③ 6～15年            ④ 新築～5年

## 3) 水周り以外でカビが生えているところがありますか。

- ① あり（場所： \_\_\_\_\_ ）            ② なし

## 4) 居間（リビング）の床材

- ① じゅうたん    ② たたみ        ③ フローリング    ④ その他（ \_\_\_\_\_ ）

## 5) 寝室の床材

- ① じゅうたん    ② たたみ        ③ フローリング    ④ その他（ \_\_\_\_\_ ）

## 6) 受診された方の寝具

- ① 羽毛            ② 化学繊維    ③ 木綿            ④ その他（ \_\_\_\_\_ ）

## 7) 家族の寝具

- ① 羽毛            ② 化学繊維    ③ 木綿            ④ その他（ \_\_\_\_\_ ）

## 8) 患児の枕

- ① 綿            ② プラスチックパイプ    ③ 低反発・ウレタン
- 
- ④ そばがら    ⑤ 使用していない        ⑥ その他（ \_\_\_\_\_ ）

## 9) ダニ防止シーツや枕カバーなど

- ① 使用していない            ② 使用している

## 10) 布張りソファ

- ① あり        ② なし

## 11) めいぐるみ

- ① 5個以上    ② 1～5個        ③ なし

## 12) 主な暖房器具（複数回答可）

- ① ガスストーブ    ② 電気ストーブ    ③ エアコン
- 
- ④ 石油ストーブ    ⑤ ホットカーペット    ⑥ その他（ \_\_\_\_\_ ）

## 13) 床掃除の頻度

- ① 週1回以下        ② 週2～3回        ③ 週4～6回        ④ 毎日

## 14) 布団の掃除機がけ

- ① 行なっていない    ② 行っている（頻度 \_\_\_\_\_ ）

## 15) 布団の天日干し

- ① 行なっていない    ② 行っている（頻度 \_\_\_\_\_ ）

## 16) エアコンの掃除

- ① 行なっていない    ② 行っている（頻度 \_\_\_\_\_ ）

## 17) 環境指導を受けたことがありますか

- ① あり            ② なし

## ぜん鳴と気管支ぜん息に関する質問

- ゼイゼイ、ヒューヒューしたことがありますか。あれば“はじめての時”はいつ頃ですか。  
 あり (はじめては \_\_\_ 歳 \_\_\_ カ月頃)  なし
- RS ウイルス感染が原因で入院したことがありますか。  
 あり ( \_\_\_ 歳 \_\_\_ カ月)  なし  わからない
- これまでに気管支ぜん息と医師に診断されたことがありますか (ぜん息様気管支炎は除く)。  
 診断されているのであれば、それはいつ頃ですか。  
 診断されている ( \_\_\_ 歳 \_\_\_ カ月) → 質問4へ  
 診断されたことはない → 質問6へ
- 気管支ぜん息で入院したことがありますか。あれば、その回数と最後の入院はいつ頃ですか。  
 ある ( \_\_\_ 回) 《最後の入院》 \_\_\_ 歳 \_\_\_ カ月  
 ない
- 最近12カ月間**で該当するものがあれば、回数や頻度を記入してください。  
 なし  あり ( \_\_\_ 回)  
**最近3カ月間**で該当するものがあれば、回数や頻度を記入してください。  
 なし  あり ( \_\_\_ 回)  
 なし  あり ( \_\_\_ 回)  
 なし  あり ( \_\_\_ 回)
- 全ての方が回答してください。  
**最近3ヶ月間**で以下の症状に関して、該当する頻度にチェックを入れてください。  
 尚、症状の原因 (ぜん息や風邪など) は問いません。  
 なし  2-3ヶ月に数日  月2-3日  週2-3日  毎日  
 なし  冬だけ多い  季節限らず時々  毎回  
 なし  時々ある  よくある  
 なし  時々ある  よくある
- 気管支ぜん息で現在使用中のくすり (吸入・内服・貼付薬 (貼り薬))  
 【**定期内服・貼付**】  
 シンシア・キプレス・オノン・プランカスト・テオドール・セキリソ・セキリソテープ・ムダイン  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )  
 【**定期吸入**】 フルティド・アドエア・パルミコート・オハスロ・キバール・その他 ( \_\_\_\_\_ )  
 : 1日 \_\_\_ 回、1回 \_\_\_ 吸入)  
 はい  いいえ  
 はい  いいえ  
 【**発作時内服・貼付・吸入**】  
 シンシア・キプレス・オノン・プランカスト・テオドール・セキリソ・セキリソテープ・ムダイン・メプソ・インタル  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 食物アレルギーに関する質問

以下の設問に関して、下の表に記入してください。

- 【問1】 現在、食べないようにしている食物を全て記入してください。
- 【問2】 食べない理由が、医師の指示に基づいているものに✓印を記入してください。
- 【問3】 食べない理由で最も該当する除去理由を下の①～⑧の中から1つを選んでください。
- 【問4】 食物ごとに、アナフィラキシー症状<sup>#1</sup>の経験回数を記入してください。

#1 アナフィラキシー症状とは：

アレルギーが原因で、同時に複数の臓器症状が、全身性に現れる重い症状。

- 【問5】 食物ごとにアナフィラキシーショック症状<sup>#2</sup>の経験回数を記入してください。

#2 アナフィラキシーショック症状とは：

アナフィラキシーのうち、極めて重篤な症状（意識なし、意識もうろう、呼びかけや刺激に反応しないなど）。

問1	問2	問3	問4	問5	問1	問2	問3	問4	問5
原因食物	医師指示の有無	除去理由 (最も該当する番号を1つ)	アナフィラキシーの回数	ショックの回数	原因食物	医師指示の有無	除去理由 (最も該当する番号を1つ)	アナフィラキシーの回数	ショックの回数
【例】鶏卵	✓	①	1	0	6.				
1.					7.				
2.					8.				
3.					9.				
4.					10.				
5.					11.				

### 《除去理由の選択肢》

- 食べて症状が出たため
  - 症状は食べてから2時間以内に現れ
    - ① 口の中や口周りの症状のみ
    - ② 一つの臓器（皮膚(じんま疹等)・呼吸器(せき等)・消化器(嘔吐等)など) 症状のみ
    - ③ アナフィラキシー（同時に複数の臓器症状が、全身性に現れる）
    - ④ アナフィラキシーショック（極めて重篤な症状、意識なし、呼びかけに反応しない等）
  - 症状は食べてから2時間以降に現れ
    - ⑤ 何らかの症状(胃腸症状や湿疹等)がでたため
    - ⑥ その食べ物の摂取を止めたら症状(湿疹や胃腸症状など)が良くなったため
- 食べたことがないが（=症状は出たことはない）、
  - ⑦ 検査（血液・皮膚等）が陽性だったため
  - ⑧ 検査は陰性もしくはしていないが、心配だから、念のため

【問6】 これまでに経験した**全ての**食物アレルギー症状を例にならって記入してください。

- ① 発症年齢、 ② 原因食物、 ③ 食物形態、 ④ 食べた量、 ⑤ 症状出現までの時間、  
⑥ 具体的な症状 (下表 A-C 参照)、 ⑦ 治療 (1.無治療 2.内服 3.注射 4.点滴 5.入院)

①	②	③	④	⑤	⑥					⑦
年齢	原因	形態	量	発症時間	皮膚	粘膜	呼吸器	消化器	全身	治療
9ヶ月	鶏卵	茶碗蒸し	小匙一口	10分	C	なし	B	C	なし	2,3

	A	B	C
皮膚	全身くまなく	広い範囲	部分的
粘膜		顔全体の腫れ	唇やまぶたの腫れ、口や喉のかゆみ・イガイガ
呼吸器	強い呼吸困難、明らかなゼイゼイ、声が出ない、胸が強く締め付けられる	呼吸困難感、繰り返すせき、声のかすれ	弱いせき、くしゃみ、はなみず、鼻詰まり
消化器	短時間に繰り返す嘔吐や下痢、強い腹痛	複数回の嘔吐や下痢、明らかな腹痛	吐き気、弱い腹痛
全身	意識なし、意識もうろう、意志の疎通がとれない	(意識はあるが)ぐったり、立ち上がれない	ひとりで歩けない

【問7】 エピペン処方がありますか はい、指導あり はい、指導なし いいえ  
現在お子さんが乳児期でなくても、以下の質問に当時を思い出してお答えください。

【問8】 生後6ヶ月までに2ヶ月以上続く明らかな湿疹がありましたか。  
あり ( )ヶ月から ( )か月まで なし 覚えていない

【問9】 生後6ヶ月までの哺乳は以下のいずれが最も該当しますか。  
完全母乳 完全粉ミルク 混合栄養 覚えていない

【問10】 問9 (前問) で“完全母乳”以外の方が答えてください。  
生後6ヶ月まで、主に哺乳していた粉ミルクの種類はどれでしたか。  
普通ミルク ペプチドミルク (E赤ちゃんなど) 大豆乳  
ミルクアレルギー用ミルク (MA-1、MA-mi、ミルフィー HP、ハッピーイト) レモン乳フォーミラ

# 慢性湿疹、アトピー性皮膚炎に関する質問

1. これまでアトピー性皮膚炎と医師に診断されていますか。

- はい
- いいえ

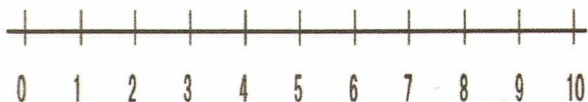
2. 現在、治療しても4ヶ月以上（乳児は2ヶ月以上）続く湿疹がありますか。

- はい …… 質問3へ
- いいえ …… 本質問票（6ページ）は終了です。7ページへ

3. 最近3日間の様子に関して、それぞれに最も当てはまる線の位置に○印をつけてください。

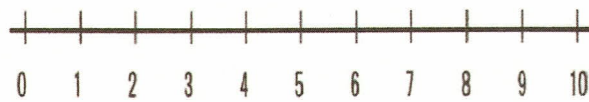
1) かゆみはどの程度ですか。

2) かゆみによる睡眠障害はどの程度ですか。



全くかゆくない

かゆくてたまらない

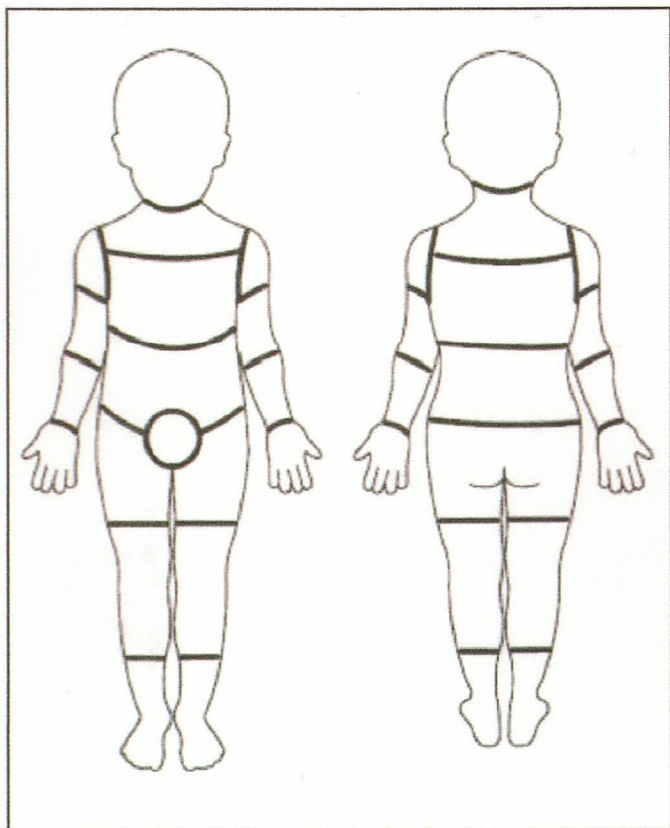


かゆくてほとんど寝れない

5. 現在湿疹はありますか。

ある場合は湿疹の部位に斜線をつけてください。

6. 現在使用している軟膏（部位別、悪化程度別などに分類して書いてください）



- 顔・つよい湿疹
- 顔・かるい湿疹
- 体・ひどい湿疹
- 体・つよい湿疹
- 体・かるい湿疹
- その他
- 保湿

7. アトピー性皮膚炎に対して内服していますか

- はい（薬品名 \_\_\_\_\_）
- いいえ

8. スキンケア指導を受けたことがありますか

- はい
- いいえ

9. 軟膏療法指導を受けたことがありますか

- はい
- いいえ

## アレルギー性鼻炎・結膜炎に関する質問

1. これまでアレルギー性鼻炎もしくは結膜炎と医師に診断されたことがありますか。

- アレルギー性鼻炎があり . . . 質問 2 へ  
 アレルギー性結膜炎があり . . . 質問 2 へ  
 両方あり . . . 質問 2 へ  
 診断はないが、症状はあり . . . 質問 2 へ  
 両方なし . . . 本質問票は全て終了です。

2. 眼もしくは鼻の症状が悪化する時期はいつが多いですか。

下の枠を 1 年に見立て、症状のある時期を斜線、特にひどい症状の時を塗り潰してください。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月

3. 鼻/眼の症状がもっとも強い時期の症状を以下に該当する□にチェックをしてください。

症状の強さは患者もしくは保護者の感覚的な感想で構いません。

鼻/眼の症状	症状なし	軽い	やや重い	重い	非常に重い
水っぱな	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
くしゃみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
鼻づまり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
鼻のかゆみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
目のかゆみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
なみだ目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. 鼻/眼の症状がもっとも強い時期の、症状による生活の障害の程度を以下に該当する□にチェックをしてください。年少児などで適切に答えられない場合は空欄で構いません。

質問項目	ない	軽い	やや ひどい	ひどい	とても ひどい
勉強への差し障り	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
物事に集中できない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
運動への差し障り	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
遊びへの差し障り	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
外出を控えがち	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
だるい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
いろいろ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
睡眠障害・寝苦しい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. アレルギー性鼻炎・結膜炎で使用している薬剤はありますか

- はい (薬剤名：  
 いいえ