

初診申込書

フリガナ			
氏名	男・女		
生年月日	年	月	日(歳)
住所	〒		
電話番号	自宅 ()	携帯番号 ()	
<p>今までにかかった病気に○をつけてください。</p> <p>突発性発疹・はしか・風しん・水ぼうそう・おたふく・百日咳・喘息・RS ウイルス・肺炎・熱性けいれん 心臓病・てんかん・アトピー性皮膚炎・その他()</p>			
<p>予防接種について、受けた予防接種すべてに○をつけてください。</p> <p>B型肝炎(1・2・3回)・ロタ生ワクチン(1・2回・(3回)) ヒブ(1・2・3回・追加)・肺炎球菌(1・2・3回・追加) 四種混合(1・2・3回・追加)・BCG 生ポリオ(回)又は不活化ポリオ(回)・三種混合(1・2・3回・追加) 麻疹+風疹 MR(I期・II期)・水ぼうそう(1回・2回) おたふく(1回・2回)・インフルエンザ(※今シーズン) 日本脳炎(I期 1・2回)(追加)(II期)・二種混合 その他()</p>			
<p>アレルギー情報 : アレルギーはありますか</p> <p>あり 食べ物(卵・乳・小麦・大豆・ピーナッツ・そば・その他)・なし 薬 (薬品名:)</p>			
<p>出生時の状態</p> <p>出生体重 g 在胎週数 週 日 (<input type="checkbox"/>正常分娩 <input type="checkbox"/>帝王切開 <input type="checkbox"/>異常分娩())</p>			

● 当院にいらしたきっかけを教えてください

- 知人の紹介・勧め
 ホームページを見て
 他院からのご紹介
 通りがかりに見かけた
 広告を見た
 以前かかったことがある
 その他()

● その他、ご質問等ございましたらご記入下さい

問診票

(再診の方も毎回ご記入をお願いします)

お名前 _____ 性別 男・女

年齢 _____ 歳 _____ ヶ月

体重 _____ kg (※体重によって薬の量が変わります)

体温 _____ ℃

本日はどのようなご症状で来院されましたか

(いつ頃から: _____ 前)

同じご症状で他の病院を受診しましたか

いいえ はい

現在、服用しているお薬はありますか

ない ある →お薬手帳をそえるかお薬のなまえをご記入下さい(_____)

周囲で流行しているものはありますか

ない ある →疾患名: _____

感染者との接触はありますか

ない ある →いつ: _____ 頃、誰と: _____、疾患名: _____

※発疹や耳の下の腫れなどのご症状がある方は、必ず受付にお声がけ下さい

☆定期的に処方しているお薬をご希望の方は、薬の名前・何日分希望かを記入して下さい。

(風邪薬等は診察が必要です。)

☆不在だった場合は順番が遅れることがありますので、席を外される等ありましたら受付までお声がけ下さい。

☆問診票のご記入が終わりましたら、受付までお渡し下さい。

食物アレルギー問診票 お名前 _____ 年齢 _____ 歳 _____ ヶ月 記入日 _____

本日、食物アレルギーのご相談に来院された理由は何ですか(複数回答可)

アレルギーの症状が出た

食物を摂取して、症状が出た時の状況を具体的にお答え下さい。

- ・例: 6ヶ月頃 ○○製品のビスケット3口 を食べて _____ 体中真っ赤になる _____ 症状が出た
食べてからどれ位経過した時ですか : (すぐに 2時間以内 半日くらい 1日以上経過したら)
その時どう対応しましたか : _____ 病院を受診し、薬を飲んで1時間位でおさまった。
- ・ _____ 頃 _____ を食べて _____ 症状が出た
食べてからどれ位経過した時ですか : (すぐに 2時間以内 半日くらい 1日以上経過したら)
その時どう対応しましたか : _____
- ・ _____ 頃 _____ を食べて _____ 症状が出た
食べてからどれ位経過した時ですか : (すぐに 2時間以内 半日くらい 1日以上経過したら)
その時どう対応しましたか : _____
- ・ _____ 頃 _____ を食べて _____ 症状が出た
食べてからどれ位経過した時ですか : (すぐに 2時間以内 半日くらい 1日以上経過したら)
その時どう対応しましたか : _____
- ・ _____ 頃 _____ を食べて _____ 症状が出た
食べてからどれ位経過した時ですか : (すぐに 2時間以内 半日くらい 1日以上経過したら)
その時どう対応しましたか : _____

検査をしたら陽性であった

1.何の食物に反応がありましたか

- 卵白 卵黄 乳 小麦 大豆 そば ごま ピーナッツ エビ
 魚類(_____) 肉類(_____) その他(_____)

2.いつ検査を行いましたか : _____ 歳 _____ ヶ月頃

3.何の検査を行いましたか : (血液検査 ・ 皮膚テスト ・ 食物負荷試験)

4.なぜ、検査を行いましたか

(摂取して症状が出たため ・ 湿疹があったため ・ 症状はなかったが、気になったため)

5.食物アレルギーの症状出現時にそなえて、内服薬を処方されていますか

いいえ はい (薬の名前: _____)

6.アナフィラキシーにそなえて、エピペンを処方されていますか

いいえ はい

※検査結果をお持ちでしたら、診察時に全てお渡し下さい

食物除去をしているが、今後の進め方や相談

特に症状は出ていないが、食物アレルギーが心配なため検査希望

現在除去されている食物はありますか

いいえ はい(食品名: _____)

その他ご質問等ございましたらご記入下さい