

# ✍️ ドロップスクリーン問診票 ✍️

記入日 年 月 日

ふりがな お子さまの名前		男・女	体温	℃
			体重	kg
生年月日	年 月 日	(年齢 歳 ヶ月)		

1. 本日相談したいアレルギー疾患はなんですか？
 

<input type="checkbox"/> 湿疹（乳児湿疹）	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 気管支喘息
<input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎	<input type="checkbox"/> 花粉症（目・鼻）	<input type="checkbox"/> 薬物アレルギー	
<input type="checkbox"/> 特に症状はないが、アレルギーが心配なので調べてほしい		<input type="checkbox"/> アナフィラキシー（原因：_____）	
<input type="checkbox"/> その他（内容：_____）			
  
2. その症状は、いつ頃からですか？
 

<input type="checkbox"/> _____ 歳 _____ ヶ月から	<input type="checkbox"/> _____ 月 _____ 日から	<input type="checkbox"/> わからない
---	--	--------------------------------
  
3. 家族の方にアレルギーの方はいらっしゃいますか？
 

①父親： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 気管支喘息
	<input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎	<input type="checkbox"/> 花粉症（目・鼻）	<input type="checkbox"/> 蕁麻疹
	<input type="checkbox"/> その他（具体的に：_____）		
②母親： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 気管支喘息
	<input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎	<input type="checkbox"/> 花粉症（目・鼻）	<input type="checkbox"/> 蕁麻疹
	<input type="checkbox"/> その他（具体的に：_____）		
③きょうだい： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎（_____）	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー（_____）	
どなたですか？	<input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎（_____）	<input type="checkbox"/> 気管支喘息（_____）	
	<input type="checkbox"/> 花粉症（_____）	<input type="checkbox"/> 蕁麻疹（_____）	
	<input type="checkbox"/> その他（具体的に：_____）		
  
4. ペットを飼っていますか？
 

<input type="checkbox"/> 飼っていない			
<input type="checkbox"/> 昔、飼っていた→	(いつ頃：_____)	<input type="checkbox"/> 犬（室内・屋外）	<input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> その他（_____）
<input type="checkbox"/> 現在、飼っている→	<input type="checkbox"/> 犬（室内・屋外）	<input type="checkbox"/> 猫	<input type="checkbox"/> その他（_____）
<input type="checkbox"/> 実家など→	<input type="checkbox"/> 犬（室内・屋外）	<input type="checkbox"/> 猫	<input type="checkbox"/> その他（_____）
  
5. ご家族にタバコを吸う方はいますか？
 

<input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる →	<input type="checkbox"/> 父親	<input type="checkbox"/> 母親	<input type="checkbox"/> 祖父	<input type="checkbox"/> 祖母	<input type="checkbox"/> その他（_____）
------------------------------	-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------------
  
6. 住環境についておたずねします。
 

①床→	<input type="checkbox"/> たたみ	<input type="checkbox"/> カーペット	<input type="checkbox"/> フローリング	<input type="checkbox"/> その他（_____）
②ソファ→	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある（皮・布・その他：_____）		
③寝床→	<input type="checkbox"/> ベッド	<input type="checkbox"/> 敷き布団		
④ぬいぐるみ→	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（多数・少数）		
  
7. （乳児の方のみ） 栄養について→
 

<input type="checkbox"/> 母乳	<input type="checkbox"/> ミルク	<input type="checkbox"/> 混合
-----------------------------	------------------------------	-----------------------------

※母子手帳、お薬手帳をお持ちの方は、ご用意をお願いします。



TARUI KODOMO CLINIC MAKUHARI

たるいこどもクリニック幕張