

診 療 申 込 書				
フリガナ		年齢	性別	男性 ・ 女性
名前		歳 ヶ月	生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日
住所	〒			
自宅電話			携帯電話	

*来院のきっかけを教えてください。(複数回答可)

クリニック看板・チラシ・雑誌記事・近居・家族知人紹介・他院紹介・HP・その他()

食物アレルギー 初診時間診票

氏名 _____ 男/女 _____ 歳 _____ ヶ月

1) アレルギーを疑う食品について教えてください。複数ある場合は食品ごとにお答えください。

<食品1>

- ① アレルギーを疑う食品はなんですか。 _____
- ② 症状が起きたのはいつですか。 _____ 歳 _____ か月頃
- ③ どんな料理または調理法で症状が出ましたか。 _____
- ④ どのくらいの量を食べて症状が出ましたか。 _____
- ⑤ 食べてからどのくらい経って症状が出ましたか。
_____ 食事中または直後/ _____ (分/時間/日) 後
- ⑥ どんな症状が出ましたか。
(皮膚にブツブツ/皮膚が赤み/皮膚のかゆみ/元からある湿疹の悪化/咳/咳込み/
ゼーゼー、ヒューヒュー/声枯れ/息苦しさ/吐き気/嘔吐/下痢/腹痛/意識消失/血圧低下/
その他 _____)
- ⑦ アレルギーと診断されたことはありますか。 なし/あり (_____ 歳 _____ か月頃)
- ⑧ この食品をはじめて食べたのはいつですか。 _____ 歳 _____ か月頃

<食品2>

- ① アレルギーを疑う食品はなんですか。 _____
- ② 症状が起きたのはいつですか。 _____ 歳 _____ か月頃
- ③ どんな料理または調理法で症状が出ましたか。 _____
- ④ どのくらいの量を食べて症状が出ましたか。 _____
- ⑤ 食べてからどのくらい経って症状が出ましたか。
_____ 食事中または直後/ _____ (分/時間/日) 後
- ⑥ どんな症状が出ましたか。
(皮膚にブツブツ/皮膚が赤み/皮膚のかゆみ/元からある湿疹の悪化/咳/咳込み/
ゼーゼー、ヒューヒュー/声枯れ/息苦しさ/吐き気/嘔吐/下痢/腹痛/意識消失/血圧低下/
その他 _____)
- ⑦ アレルギーと診断されたことはありますか。 なし/あり (_____ 歳 _____ か月頃)
- ⑧ この食品をはじめて食べたのはいつですか。 _____ 歳 _____ か月頃

2) 今までに大きな病気にかかったことはありますか。または現在治療中の病気はありますか。
(_____)

3) 食物アレルギー以外のアレルギー疾患と診断されたことはありますか。
(なし/喘息/アレルギー性鼻炎/アレルギー性結膜炎/花粉症/アトピー性皮膚炎または湿疹/その他)

過去に行った検査の結果などがあれば、受付と一緒にお願いします。