

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()

ミューザ川崎こどもクリニック

食物アレルギー 初診時間診票

記入日 月 日

ふりがな
お名前

男・女 年齢 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) 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、受付に一緒にお出してください