

記載日	平成	年	月	日
患者氏名				
代筆者の方 氏名を				

アレルギー問診票



患者さんのこれまでのアレルギーの状況（薬・食事・その他）を正確に知り、今後の診療に役立てるために確認させていただくものですので、ご記入お願いいたします。

1, 【薬アレルギー】 今まで使用されたお薬で、アレルギーが出たことがありますか？

ない ある ▼



<p>① 薬名</p> <p>〔ピリン系・はり薬 造影剤(何の)〕</p>	<p>② 症状</p> <p><input type="checkbox"/> 意識消失 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 発赤疹 <input type="checkbox"/> 腹痛</p> <p><input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> 下痢</p> <p><input type="checkbox"/> 血圧低下 <input type="checkbox"/> 紅潮 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 嘔吐</p> <p><input type="checkbox"/> 脈が速くなる <input type="checkbox"/> その他 ()</p>
---	--

2, 【食べ物アレルギー】 今までに食べたもので、アレルギーが出たことがありますか？

ない ある ▼

<p>① 食品名</p> <p><input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳製品（牛乳・チーズ）</p> <p><input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 甲殻類（カニ・エビ）</p> <p><input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> 小麦（うどん・パン）</p> <p><input type="checkbox"/> くだもの（リンゴ・キウイ・モモ・クルミ）</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p>	<p>② 症状</p> <p><input type="checkbox"/> 意識消失 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 腹痛</p> <p><input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> 下痢</p> <p><input type="checkbox"/> 血圧低下 <input type="checkbox"/> 紅潮 <input type="checkbox"/> 嘔吐</p> <p><input type="checkbox"/> 脈が速くなる <input type="checkbox"/> 発赤疹</p> <p><input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> かゆみ</p>
---	--

3, 【お薬・食べ物以外のアレルギー】は、ありますか？

ない ある ▼

<input type="checkbox"/> 気管支喘息 (原因)	<input type="checkbox"/> アルコール消毒
<input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 (原因)	<input type="checkbox"/> ラテックス手袋
<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 (原因)	<input type="checkbox"/> 貴金属
<input type="checkbox"/> 花粉症 (原因)	
<input type="checkbox"/> じんましん (原因)	
<input type="checkbox"/> その他 ()	

※裏ページあり

※あるの場合
看護師が確認

サイン



初診問診票

ふりがな				明治・昭和	年 月 日生
氏名	男・女	生年月日		大正・平成	(才)
住所	〒 — —				
電話	自宅 — —	携帯 — —			
代筆者		身長 <input type="text"/> cm	体重 <input type="text"/> kg	当院での熱	<input type="text"/> °C

※本日の受診理由を教えてください。

① 診察 健診

インフルエンザ ワクチン 肺炎球菌 ワクチン

理由・症状・その他

② いつ頃からですか？

③ 熱は出ていますか？ 出ている ➡ °C 出ていない

※普段の状態を教えてください。

① 現在通院中の医療機関はありますか？

ある ➡ ・ 病院名

なし ・ 薬名

② 過去の既往歴を教えてください。

・ 入院歴・その他治療歴

③ 5年以内に健康診断や人間ドックなどを受けていますか？

はい ➡ ・ 何か指摘されていることがあればご記入ください。

いいえ

④ 当院(刈屋胃腸科(含む))に、受診歴はありますか？

はい ➡ 年前ぐらい

いいえ

⑤ 現在、妊娠中あるいは授乳中ですか？ はい いいえ

⑥ 下記の病気がありますか？

緑内障 はい いいえ

前立腺肥大 はい いいえ

⑦ タバコは吸われますか？

吸っている ➡ ・ 1日() 本 () 歳から

やめた ➡ ・ () 歳で

吸っていない

⑧ お酒は飲まれますか？

飲む 頻度 ➡ ・ (ビール・焼酎・ウイスキー・ワイン・日本酒)

やめた ➡ ・ 毎日 週(日) 月(日) 年(日)

飲まない ➡ ・ () 歳で