

アレルギーカルテ

記入日 年 月 日

お名前：

(男・女) 職業：

問診

<患者様記入>

以下の質問にお答えください。(当てはまるものに○をつけてください)

- 1 つらい症状はどれですか？(当てはまるもの全て)
くしゃみ・鼻水・鼻づまり・眼のかゆみ
その他()
- 2 今年、最初に症状が出たのはいつですか？ 月 日頃
- 3 アレルギー症状はいつから発症しましたか？ 才(年)
- 4 症状の発症する時期(月)は、いつですか？
1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月
1年中・不定
- 5 症状は、いつ頃起きることが多いですか？
早朝・起床時・朝・昼・夕方・夜・就寝中・一日中・不定
- 6 今まで、下記の病気にかかったことはありますか？(ない・あり)
<ある場合>
ぜんそく・じんましん・アトピー性皮膚炎・薬アレルギー
その他()
- 7 家族に下記の病気がありますか？(ない・あり)
<ある場合>
どなたですか？(父・母・兄弟姉妹・お子さん)
アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎・ぜんそく・じんましん
薬アレルギー
- 8 症状は家の中と外でどちらが多いですか？(内・外・差なし)
- 9 症状のひどい時期についてお答えください。
①くしゃみ(1日の回数、連続しておきるくしゃみは1回に数える)
11回以上 ・ 6~10回 ・ 5回以下 ・ なし
②鼻水(1日に鼻をかむ回数)
11回以上 ・ 6~10回 ・ 5回以下 ・ なし
③鼻づまり(1日の症状)
つまりっぱなし ・ 時々つまる ・ つまりなし
④眼の症状(かゆみ・涙等)
非常に強い ・ 強い ・ 軽い ・ なし
⑤ほかにどのような症状がありますか？
鼻がかゆい・喉がかゆい・咳がでる・息苦しい
ヒューヒューゼーゼーする・耳がかゆい・皮膚がかゆい
匂いが分かりにくい・味がわかりにくい・頭が重い
頭が痛い・熱っぽい・寒気がする・だるい

裏面に続く



- 10 現在の症状で医者にかかったことはありますか？
ない ・ ある（病名： _____ ）
- 11 治療は、いつからいつまで受けましたか？
_____年 _____月 _____日 から _____年 _____月 _____日 まで
- 12 どのような治療をされましたか？
薬・舌下免疫・注射（薬名： _____ ）
- 13 治療を受けて病気は良くなりましたか？
効果あり ・ 効果なし ・ 分からない
- 14 ほかに持病はありますか？（ ない ・ あり ）
ありの場合（病名 _____ 治療 _____ ）

検査結果

< 当院記入 >

抗原（ _____ ） 重要度（ 重 ・ 中 ・ 軽 ）

皮内テスト（ _____年 _____月 _____日）

樹木	スギ	_____	鼻汁Eo	(_____)
	ヒノキ	_____	血液Eo	(_____)
	ハンノキ	_____	IgE	
	シラカバ	_____	IgE抗体	
	カモガヤ	_____	X-P	

草本類	ブタクサ	_____		
	ヨモギ	_____	誘発テスト	

室内塵	ハウスダスト	_____		
	ダニ	_____		

空中真菌	カビ	_____		
	カビ	_____		
	真菌	_____		

閾値テスト 倍 _____ 倍 _____ 倍 _____

減感作療法	抗原（ _____ ）	開始日	_____年 _____月 _____日
	抗原（ _____ ）	開始日	_____年 _____月 _____日