

アレルギー相談のための問診表

アレルギー相談を希望される方へ

アレルギーはアレルギーを起こしやすい体質とお子さんの住環境などが相まって発症すると考えられています。多くの方が罹患している病気ですが、いまだに一つの検査でアレルギー疾患の有無を正確に診断することはできません。このため、病歴や誘発症状を詳しくお聞きすることが適切な診断や管理にとっても大切です。

ページ1-4 **すべての方が記載して下さい。**

ページ5以降 **該当する疾患のみ記載下さい。**

10分程度でお答え頂ける内容となっておりますので、ご協力をお願い致します。

代表的なアレルギー疾患

1 ぜんそく

主に息をはく時に「ゼーゼー、ヒューヒュー」などの音がして、息苦しくなる症状を繰り返します。(特に明け方や運動時に起こりやすいです。)

2 食物アレルギー

原因とする食べ物を食べて、ひんがの発赤・じんましん・呼吸困難・ぐったりなど多彩な症状を起こします。主に食べてから2時間くらいの間には起こりますが、それ以上経ってから症状が出現する事があります。

3 アトピー性皮膚炎

皮膚にかゆみがある湿疹(発赤、ザラザラ、ゴツゴツなど)が繰り返し出現します。とてもかゆく、血がでるまで搔いてしまうことがあります。

4 アレルギー性鼻炎・結膜炎

くしゃみ・鼻水・鼻閉や眼のかゆみを起こします。花粉が原因の際には花粉症とよばれます。

アレルギー相談で**特にお聞きになりたいこと**、相談したいことはどんな事ですか？

※ ご不明な点があれば、スタッフにお声がけ下さい。

家族歴・環境などに関する質問

■ 患者本人がこれまでに医師に診断されたアレルギー疾患に○印をつけ、診断年齢を記入して下さい。

- | | | | |
|-------------|-----------|--------------|-----------|
| 1. 気管支喘息 | (__歳__ヶ月) | 5. アレルギー性鼻炎 | (__歳__ヶ月) |
| 2. アトピー性皮膚炎 | (__歳__ヶ月) | 6. アレルギー性結膜炎 | (__歳__ヶ月) |
| 3. 食物アレルギー | (__歳__ヶ月) | 7. 薬物アレルギー | (__歳__ヶ月) |
| 4. 花粉症 | (__歳__ヶ月) | 8. 金属アレルギー | (__歳__ヶ月) |

■ 家族・環境因子

1. ご家族のアレルギー歴、喫煙

- ・ 患児と同居しているご家族に関して記入して下さい。
- ・ 兄弟は続柄を空欄に記入して各項目に記入して下さい。
- ・ アレルギー病歴は以下から該当する番号を記入して下さい。
- ・ 食物、薬物、金属アレルギーは原因食物・物質を併記して下さい。
- ・ 喫煙者は喫煙欄に○して下さい。

続柄	年齢	アレルギー病歴	その他	喫煙	続柄	年齢	アレルギー病歴	その他	喫煙
父									
母									
祖父									
祖母									

《アレルギー病歴》

- | | | |
|------------|-------------|-----------|
| ① 気管支喘息 | ④ 花粉症 | ⑦ 薬物アレルギー |
| ② アトピー性皮膚炎 | ⑤ アレルギー性鼻炎 | ⑧ 金属アレルギー |
| ③ 食物アレルギー | ⑥ アレルギー性結膜炎 | ⑨ その他 |

2. ペットの飼育状況

- ・ 自宅および実家の現在および過去のペット飼育状況を記入して下さい。
- ・ 飼育歴がある場合は、飼育頭数を記入して下さい。

自宅	現在		過去		実家	現在		過去	
	室内	室外	室内	室外		室内	室外	室内	室外
イヌ					イヌ				
ネコ					ネコ				
小鳥					小鳥				

3. 住環境・環境整備状況（当てはまる番号に○をつけてください）

1) リビングの床材

- ① じゅうたん ② たたみ ③ フローリング ④ その他（ ）

2) 寝室の床材

- ① じゅうたん ② たたみ ③ フローリング ④ その他（ ）

3) ダニ防止シーツや枕カバーなど

- ① 使用している ② 使用していない

4) 布団の掃除機がけ

- ① 行っていない ② 行っている（頻度 回/週）

5) 布張りソファ

- ① あり ② なし

6) ソファの掃除機がけ

- ① 行っていない ② 行っている（頻度 回/週）

6) ぬいぐるみ

- ① 5個以上 ② 1～5個 ③ なし

7) ぬいぐるみを洗っていますか

- ① 洗っていない ② 洗っている（頻度 回/週）

これまでの投薬に関する質問

現在、もしくはよく使用しているアレルギーに対する薬剤を分かる範囲で記載して下さい。

現在使用していなくても、春などに決まった時期に必ずもしくは頻回に使用するお薬も記載して下さい。

1) 吸入ステロイド薬

(名前 _____) 1日__回 1回__吸入

2) 抗アレルギー薬

抗ロイコトリエン薬拮抗薬 (名前: シングレア・キプレス・オノン _____)

抗ヒスタミン薬 (名前 _____)

その他 (名前 _____)

3) 発作止め (ぜん息用) ※複数回答可

(名前 _____)

4) 貼付薬 (ぜん息用) ※複数回答可

(名前 _____)

5) 点鼻薬 (アレルギー性鼻炎用) ※複数回答可

(名前 _____)

6) 軟膏 (慢性湿疹・アトピー性皮膚炎用)

※部位別、悪化程度別などに分けて記載して下さい

□ ぜん息と気管支ぜん息に関する質問

- 1) ゼイゼイ、ヒューヒューしたことがありますか。あれば“はじめての時”はいつ頃ですか
 あり（はじめては__歳__ヶ月）→ 質問2へ なし → 質問3へ
- 2) ゼイゼイ、ヒューヒューはこれまで何回ありましたか？（ 回）
- 3) これまでに医師に気管支ぜん息と診断された事がありますか？（ぜん息様気管支炎は除く）
 診断されている（__歳__ヶ月） → 質問4へ
 診断されたことはない → 質問5へ
- 4) 気管支ぜん息で入院したことがありますか。あれば、その回数と最後の入院はいつ頃ですか？
 入院したことがある（ 回） 《最後の入院》__歳__ヶ月
 入院したことはない
- 5) RS ウイルス感染が原因で入院したことがありますか？
 あり（__歳__ヶ月） なし わからない
- 6) 最近3ヶ月間で以下の症状に関して、該当する頻度にチェックを入れて下さい。
 なお、症状の原因（ぜん息や風邪など）は問いません。
- | | | | | | |
|------------------|-----------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| ①夜間や朝方のせき | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 2-3ヶ月に数日 | <input type="checkbox"/> 月2-3日 | <input type="checkbox"/> 週2-3日 | <input type="checkbox"/> 毎日 |
| ②夜間の睡眠障害 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 2-3ヶ月に数日 | <input type="checkbox"/> 月2-3日 | <input type="checkbox"/> 週2-3日 | <input type="checkbox"/> 毎日 |
| ③運動時のせき | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 時々 | <input type="checkbox"/> 毎回 | | |
| ④繰り返す風邪症状（せき、はな） | <input type="checkbox"/> なし | | <input type="checkbox"/> 時々あり | <input type="checkbox"/> よくある | |
| ⑤繰り返すもしくは持続する鼻症状 | <input type="checkbox"/> なし | | <input type="checkbox"/> 時々あり | <input type="checkbox"/> よくある | |
- ★ すでに医師から気管支ぜん息と診断されている場合、以下の質問に回答して下さい。
- 7) 最近12ヶ月間で該当するものがあれば、回数や頻度を記入して下さい。
- | | | |
|-----------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| ①胸がゼイゼイ、ヒューヒューした | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり（ 回） |
| ②ぜん息発作で気管支拡張薬の吸入 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり（ 回） |
| ③ぜん息発作で予定外の外来もしくは救急受診 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり（ 回） |
| ④ぜん息発作で点滴（入院はなし） | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり（ 回） |
| ⑤ぜん息発作で入院 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり（ 回） |
- 8) 以下の質問にお答え下さい。
- | | | |
|--------------------|------------------------------|-----------------------------|
| ①機械式吸入器を持っていますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ②吸入指導をされたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ③環境整備をされたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |

□ 食物アレルギーに関する質問

下の表に【例】を参考に答えを記載して下さい。

- 1) 現在、食べないようにしている食物を全て記載して下さい。
- 2) 食べないようにしている理由が、医師の指示に基づいているものに✓印を記入して下さい。
- 3) 最も該当する除去理由(※)を下①～⑥の中から1つ選んで下さい。
- 4) 食べないようにしている食物ごとにアナフィラキシー症状の経験回数を記入して下さい。

※アナフィラキシー症状はアレルギーが原因で、同時に複数の臓器症状
(皮膚と呼吸、呼吸と意識障害など)が全身性に現れる重い症状を指します。

1) 原因 食物	2) 医師 指示 有無	3) 除去 理由 (1つ)	4) アナフィ ラキシー 回数	1) 原因 食物	2) 医師 指示 有無	3) 除去 理由 (1つ)	4) アナフィ ラキシー 回数
【例】鶏卵	✓	①	2	6.	□		
1.	□			7.	□		
2.	□			8.	□		
3.	□			9.	□		
4.	□			10.	□		
5.	□			11.	□		

※ 除去理由

- ① 原因食物を食べて、2時間以内に症状があったため。
- ② 原因食物を食べて、2時間以降に症状があったため。
- ③ 原因食物を食べるのをやめたら、続いていた湿疹や腹痛・下痢などがよくなったため。
- ④ 血液検査や皮膚テストで陽性となったため。
- ⑤ 食べるさせる・食べるのが心配なため。
- ⑥ その他(該当欄に自由記載して下さい)

7) これまでに経験した食物アレルギー症状を分かる範囲で【例】にならって記入して下さい。

年齢	原因食物	形態	量	発症時間	アレルギー症状 ^{※1}				治療 ^{※2}
					皮膚	呼吸	消化器	全身神経	
【例】 9ヶ月	鶏卵	茶碗蒸し	小さじ一口	15分	C	なし	B	なし	2,3

※1 アレルギー症状

	A	B	C
皮膚		全身の半分以上 顔面全体腫脹	半分以下 口唇腫脹 眼周囲のみ腫脹
呼吸	強い呼吸困難 明らかなぜん鳴、 声が出ない	くしゃみ・鼻水多量 喉の強い違和感 反復する咳 声がれ	くしゃみ・鼻水時々 喉の軽度の違和感 単回の咳
消化器	強くうずくまる腹痛 反復する嘔吐・下痢	明らかな腹痛 嘔吐・下痢 単回	軽度の腹痛・嘔気
全身神経	意識朦朧・消失 顔色蒼白	ぐったり	めまい

※2 治療 1：無治療 2：内服 3：注射 4：点滴 5：入院

8) 生後6ヶ月までに2ヶ月以上続く明らかな湿疹がありましたか？

あり なし

□ 慢性湿疹、アトピー性皮膚炎に関する質問

1) これまでに6ヶ月（1歳未満は2ヶ月）以上かゆみがある湿疹が悪化したり治ったりをくりか
いしていますか？

- いいえ → 質問表は終了です。
 はい → つづけて記入して下さい。

2) その湿疹はどここの部位に主にできていますか？ ※複数回答可

- 顔 肘や膝のくぼみ 手掌
 頸まわり 手首・足首
 耳のうら 手足背側

3) 夜間かゆみで本人もしくはご両親の睡眠が妨げられることがありますか？

- はい いいえ

4) これまでに医師にアトピー性皮膚炎と診断されていますか？

- はい いいえ

5) これまで個別にスキンケア指導を受けたことがありますか？

- 十分にあり、質問はない あり なし

6) ステロイド軟膏の副作用と思うものにチェックして下さい。 ※複数回答可

- 皮膚が薄くなる 毛深くなる リバンドがある
 皮膚が厚くなる 骨がもろくなる やめられなくなる
 皮膚が黒くなる 肥満になる
 皮膚が赤くなる 血管が目立つようになる。

□ アレルギー性鼻炎・結膜炎に関する質問

1) これまでにアレルギー性鼻炎（花粉症含む）もしくは結膜炎と医師に診断されたことがありますか？

- アレルギー性鼻炎（花粉症）のみあり □アレルギー性結膜炎のみあり
□両方あり □なし

2.) 眼もしくは鼻の症状が悪化する時期はいつが多いですか？

下の枠を1年に見立て、症状のある時期を斜線、ひどい症状の時を塗り潰して下さい。

--

1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月

3) 鼻/眼の症状が最も強い時期の1日の平均症状頻度を以下に該当する□にチェックして下さい。

	なし	1～5回	6～10回	11～20回	21回以上
鼻すすり	□	□	□	□	□
くしゃみ	□	□	□	□	□
眼のひっ掻き	□	□	□	□	□

4) 最も症状が強い時期に鼻づまりはありますか？

- なし
□ 鼻づまりはあるが、口呼吸は全くない。
□ 鼻づまりのため、時々口呼吸になる。
□ 鼻づまりが強く、1日のうち多くの時間口呼吸である。
□ 鼻づまりがとてもひどく、一日中口呼吸である。

5) 鼻/眼の症状が最も強い時期の、症状による生活の障害の程度を以下に該当する□にチェックして下さい。年少児などで適切に答えられない場合は空欄で構いません。

	なし	軽い	やや ひどい	ひどい	とても ひどい
勉強・仕事への障害	□	□	□	□	□
野外活動への障害	□	□	□	□	□
外出の支障	□	□	□	□	□
だるさ	□	□	□	□	□