

(ふりがな)

お名前 _____ 男・女 _____ 歳 _____

体温 _____ °C / 体重 _____ Kg

来院目的

[_____]

①気管支喘息 (あり・なし・不明)

現在の治療 (吸入・内服・その他)

②アトピー性皮膚炎 (あり・なし・不明)

現在の治療 (ステロイド・軟膏・保湿・内服)

③食物アレルギー (あり・なし)

原因食物

(卵・乳・小麦・大豆・米・えび・かに)

(魚介類・その他)

④薬のアレルギー (あり・なし)

⑤アレルギー性鼻炎 (あり・なし)

⑥アレルギー性結膜炎 (あり・なし)

⑦じんま疹 (あり・なし)

⑧家族のアレルギー歴

(あり ・ なし)

⑨ペット (あり ・ なし)

⑩家族の喫煙者 (あり ・ なし)

住所 : _____

電話番号 : _____