

アレルギー経過問診票

記入日 年 月 日

フリガナ

患者氏名 生年月日 年 月 日

下記の表の該当する箇所に印をいれ、今ある症状の項目に対する問診票に記入してください。

症状と経過	何歳から	今もある	治癒した	悪化する月
皮膚の症状（アトピー性皮膚炎、蕁麻疹、かゆみなど）				1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
呼吸器の症状（気管支喘息、咳、息苦しさなど）				1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
鼻の症状（アレルギー性鼻炎、いびき、出血など）				1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
目の症状（アレルギー性結膜炎、異物感、視力低下など）				1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
耳の症状（難聴、滲出性中耳炎、耳鳴りなど）				1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
胃腸の症状（便秘、下痢、膨満感、腹痛など）				1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
自律神経失調症（朝起きられない、頭痛、立ちくらみなど）				1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
イーストコネクション（お腹が張る、臭いガス、舌が白い、肩こりがあるなど）				1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
化学物質過敏症・電磁波過敏症				1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
泌尿器（夜尿、頻尿、排尿痛など）				1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
行動問題（多動、癩癪、よく泣く、注意散漫など）				1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

ご記入ありがとうございました。