

# ◎ 受診時の基本情報メモ

本人情報	名前				年齢	歳	ヶ月
	身長	cm	体重	kg	授乳 (乳児の場合)	母乳・粉ミルク・混合	
	病気	なし・あり (ありの場合は詳しく: )					
	使用中の薬 (塗り薬を含む)	なし・あり (ありの場合は詳しく: )					

● 症状 (いつ、何をどのくらい食べて、食べてからどのくらい経ったときに、どのような症状がどこに出て、どのくらい症状が続いたか)

アレルギー歴のある家族 (祖父母あたりまで)	(本人との関係)	1: アトピー性皮膚炎 2: 食物アレルギー 3: ぜんそく 4: アレルギー性鼻炎 5: 結膜炎 6: 花粉症 7: その他( )
		1: アトピー性皮膚炎 2: 食物アレルギー 3: ぜんそく 4: アレルギー性鼻炎 5: 結膜炎 6: 花粉症 7: その他( )
		1: アトピー性皮膚炎 2: 食物アレルギー 3: ぜんそく 4: アレルギー性鼻炎 5: 結膜炎 6: 花粉症 7: その他( )
		1: アトピー性皮膚炎 2: 食物アレルギー 3: ぜんそく 4: アレルギー性鼻炎 5: 結膜炎 6: 花粉症 7: その他( )

生活環境	ペット	なし・あり	ありの場合: 種類( )	室内・室外
	受動喫煙	なし・あり		

● その他気になること