

# ネブライザー問診票

ネブライザー治療を行う際の参考にしますので、  
ご記入の上お医者さんにお渡してください。



# ネブライザー問診票

記入年月日 年 月 日

氏名

年齢

歳

性別

男・女

質問に対して「ある」「ない」のどちらかを○で囲み、「ある」の場合には具体的に記入するか該当するものを○で囲んでください。

1 今までにネブライザーを行ったことはありますか？

ある ・ ない

2 今までにネブライザーをして、気分が悪くなった等がありますか？

ある ・ ない



症状

3 今までに薬剤や食物によるアレルギーが出たことはありますか？

ある ・ ない



薬剤や食物名：

症状：

4 今までアレルギーの病気をしたことがありますか？

ある ・ ない



気管支喘息 アトピー性皮膚炎 じんましん アレルギー性鼻炎  
その他 ( )

5 家族の方がかかっているアレルギーの病気はありますか？

ある ・ ない



どなたですか？ ( )

気管支喘息 アトピー性皮膚炎 じんましん アレルギー性鼻炎  
その他 ( )