

室内環境と健康に関する相談シート



氏名			相談日	年 月 日								
住所	住所 〒											
相談内容												
家族構成	性別	年齢	シックハウス症状 アレルギー歴	在宅時の症状（発症前から悪化した場合は上昇矢印↑） いつも（1週に1度以上）→○、時々→△							発症年月	
				眼	鼻	喉	皮膚	頭痛	吐気	喘息	他	
	男・女		シックハウス症状 有・無 ダニ・食物・その他									年月
	男・女		シックハウス症状 有・無 ダニ・食物・その他									年月
	男・女		シックハウス症状 有・無 ダニ・食物・その他									年月
例)	男・女		シックハウス症状 有・無 ダニ・食物・その他	○	△			○ ↑				年月
推定原因	新築・改築・家具・ダニ・カビ・不明			リフォーム			年 月					
築年数	年 月			持ち主			持家 ・ 借家					
住宅概要	一戸建て・集合住宅（階建			構造			木造・鉄骨造・鉄筋コンクリート造 その他					
部屋数	（ ）部屋（バス・トイレを除く）											
内装	天井（ビニル珪藻土・木目合板・その他：			難燃性（はい・いいえ・わからない）								
	壁（ビニル珪藻土・珪藻土・その他：			難燃性（はい・いいえ・わからない）								
	床（フローリング・カーペット・畳・Pタイル・その他			難燃性（はい・いいえ・わからない）								
	カーテン、ブラインドの素材（綿・ポリエステル・その他：			難燃性（はい・いいえ・わからない）								
暖房設備	暖房の熱源：石油・ガス・電気・その他（ ） 暖房の排気：屋外・屋内											
換気設備	機械換気（熱交換式）・換気扇（台所・風呂・洗面所・他） 換気口のある部屋（居間・台所・風呂・洗面所・寝室・他）											
換気時間	常時・定期的（ 回/日）・汚染時（炊事時・掃除時・その他）											
結露発生	なし・あり（場所：											
カビ発生	なし・あり（場所：押入れ、タンスの裏、壁（寝室・居間・子供・台所・洗面所）、床、その他（											
カビ対策	カビ除去：特にしていない・発生時にしている・定期的にしてはいる 回/年 具体的に何を（											
ダニ対策	床の清掃： 寝具の清掃：											
薬剤使用	防虫剤、殺虫剤、ワックス、芳香剤（トイレ、玄関、居間、											
新品家具	新しい（2-3年の）家具の有無： なし・あり（タンス、ベッド、じゅうたん、カーテン、その他											
ペット	なし・あり（屋外・屋内）（犬、猫、鳥、その他											
周辺環境	住宅地・商業地・工業地・その他（ ） 幹線道路（ m）、 工場（ m）											
その他												