

食物アレルギー問診表

お名前 S・H 年 月 日 生 才 ヶ月

既往歴: 食物アレルギー以外のアレルギー疾患があれば記入して下さい。
()

家族歴: 祖父母、父母、兄弟姉妹にアレルギーの方がいれば記入して下さい。
()

以下の質問にお答え下さい。(わかる範囲内で結構です)

1. 特定の食品で、何か症状が見られたことがありますか。

(はい、いいえ)

2. 質問1. で、“はい”の場合。

その食品名、その食品を食べてから症状が見られるまでの時間、
その時見られた症状などについて、できるだけ詳しく記入して下さい。

3. 質問1. で、“いいえ”の場合。

食物アレルギーを疑った理由は何ですか。

4. 赤ちゃんの頃(1才未満)、はっきりしたり理由がなく、便に血が混じったり、
下痢が長く続いたことが、ありませんでしたか。

(ある、ない)

5. 食物アレルギーを疑われ、何か検査したことがあれば、結果を記入して下さい。

6. 食物アレルギーのため、内服している薬があれば記入して下さい。

7. 食物アレルギーのため、除去している食品があれば記入して下さい。

8. これからの治療に対するご要望やご質問があれば記入して下さい。