

アレルギー問診票

お名前 _____ 男・女 _____ 生年月日 20 年 月 日

- ① 乳児期に湿疹はありましたか? いいえ はい (生後 ケ月頃から)
- ② どのような湿疹の治療をしていましたか? 保湿剤 ステロイド外用剤 その他
- ③ 授乳期の栄養方法はどれでしたか? 母乳 粉ミルク 混合栄養
- ④ 離乳食はいつ頃始めましたか? 生後 ケ月頃から
- ⑤ 家族にアレルギー疾患の方はいますか?
父 なし あり (アトピー性皮膚炎・気管支喘息・食物アレルギー・花粉症)
母 なし あり (アトピー性皮膚炎・気管支喘息・食物アレルギー・花粉症)
- ⑥ ペットは飼っていますか? いいえ はい (イヌ・ネコ・その他)
- ⑦ 家族でタバコを吸う方はいますか? いいえ はい
- ⑧ 喘息と診断された事はありますか? いいえ はい (使用している薬剤名)
- ⑨ アレルギー性鼻炎はありますか? いいえ はい (使用している薬剤名)
- ⑩ アレルギー性結膜炎はありますか? いいえ はい (使用している薬剤名)

→次のページへ

食物アレルギーについて

① 現在除去や量を制限している、またはアレルギーが疑われる食物はどれですか？

- 卵 牛乳・乳製品 小麦 大豆 ピーナッツ ゴマ
ナッツ類 (アーモンド・クルミ・カシューナッツ・ヘーゼルナッツ)
エビ カニ そば イクラ タラコ
果物 (種類) その他 ()

② アレルギー症状が出た時について

例) 年齢：10 カ月 食べた物と量：ヨーグルト 1 さじ 症状：皮膚の赤みとじんましん
食べてから症状出現までの時間：15 分

・年齢：

食べた物と量：

症状：

食べてから症状出現までの時間：

・年齢：

食べた物と量：

症状：

食べてから症状出現までの時間：

・年齢：

食べた物と量：

症状：

食べてから症状出現までの時間：

③ 今までにアレルギー検査を受けた事はありますか？

- いいえ はい (血液検査・経口食物負荷試験・その他)

※検査結果は受付で出して下さい。

④ アレルギー症状を起こさず、食べられている物はどれですか？

- 卵 牛乳・乳製品 小麦 大豆 ピーナッツ ゴマ
ナッツ類 (アーモンド・クルミ・カシューナッツ・ヘーゼルナッツ)
エビ カニ そば イクラ タラコ イカ タコ 貝類
バナナ キウイ