

## アレルギー問診票（食物アレルギー）

生年月日 \_\_\_\_\_

名前 \_\_\_\_\_

患者様のこれまでの病気の状況を正確に知るために、診察を受ける前に、以下についてご記入をお願い致します。

1. それぞれの食物に関して現在摂取を制限している食品について、あてはまるところに○をつけてください。

また食べたときに、アレルギー症状が出たことがあるかについてもお答えください。

一部食べられる形態がある場合は、ご記入下さい。

表にないもので現在除去しているものがあれば（ ）に食物名をいれてお答えください。

食物	食べないようにしている			食べた後 症状が出 たことが ある (○の方は、 下記2.の質 間にもお答 え下さい)	アレルギー検査 で陽性  (○の場合、いつ 行ったかをご記 入下さい。)  (検査結果がござ いましたら、当日 ご持参下さい)	食物負荷試験で 陽性  (○の場合、いつ 行ったかをご記 入下さい。)		微量混入や一部加工品は食べ られる  (○の場合、どんな料理をどの くらいの量可能かご記入下さ い)		
	未 摂 取	自 己 判 断 で	医 師 の 指 示 で							
(例)			○	○	○	2013年2月			○	卵黄1個分、卵ボーロ1個
鶏卵										
乳製品										
小麦										
大豆										
ピーナツ										
エビ										
( )										
( )										
( )										

2. 「食べたあと症状が出たことがある」に○を記入された方は、以下もご記入ください。

いつ	食べたものとその量	症状出現までの時間	どんな症状	その時の対応
(例) 2013年2月 (生後9ヶ月)	卵入りおじやを一口	10分後	嘔吐1回 蕁麻疹が顔に出た	病院に行った。 抗ヒスタミン薬で改善