

## 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 問にもお答 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	医 師 の 指 示	で	で	で	で
(例)				○	○	○	2013年2月
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