

# 食物アレルギー問診表

そらいるこどもクリニック

お名前 ( 才 か月) 令和 年 月 日記載

★ 本日の来院の理由を教えてください。

1. 食物を食べて急激に症状がでたため
2. 湿疹やかゆみがあり、食物アレルギーが心配
3. アレルギー検査希望
4. その他 ( )

★ 他のアレルギー疾患がありますか？ (はい、いいえ)

アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎、気管支喘息  
その他 ( )

★ 父母、祖父母、兄弟姉妹にアレルギーの方はいらっしゃいますか (はい、いいえ)

( )

★ 食物アレルギーについてお聞きします。以下の質問にお答え下さい。

1. 特定の食品で、急激に症状がで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。

いつ	何をどの位食べて	症状がでるまでの時間	症状
(例：3 か月時)	(例：卵焼きを一口)	(例 15 分後)	(例：蕁麻疹)

3. これまでアレルギー検査をしたことがありますか (はい いいえ)

最終検査； 年 月 ( 才 か月時)

検査結果；

4. 現在アレルギーのため内服している薬はありますか？どこでもらいましたか？

( )

5. 現在、除去している食べ物がありますか？完全除去ですか？加工品は食べていますか？

( )

6. 検査や治療に対するご要望やご質問があれば記入して下さい。

( )