

食物アレルギー問診票 お名前 _____ 年齢 _____ 歳 _____ ヶ月 記入日 _____

本日、食物アレルギーのご相談に来院された理由は何ですか(複数回答可)

アレルギーの症状が出た

食物を摂取して、症状が出た時の状況を具体的にお答え下さい。

・例: 6ヶ月頃 ○○製品のビスケット3口 を食べて _____ 体中真っ赤になる _____ 症状が出た

食べてからどれ位経過した時ですか : (すぐに 2時間以内 半日くらい 1日以上経過したら)

その時どう対応しましたか : _____ 病院を受診し、薬を飲んで1時間位でおさまった。

・ _____ 頃 _____ を食べて _____ 症状が出た

食べてからどれ位経過した時ですか : (すぐに 2時間以内 半日くらい 1日以上経過したら)

その時どう対応しましたか : _____

・ _____ 頃 _____ を食べて _____ 症状が出た

食べてからどれ位経過した時ですか : (すぐに 2時間以内 半日くらい 1日以上経過したら)

その時どう対応しましたか : _____

・ _____ 頃 _____ を食べて _____ 症状が出た

食べてからどれ位経過した時ですか : (すぐに 2時間以内 半日くらい 1日以上経過したら)

その時どう対応しましたか : _____

・ _____ 頃 _____ を食べて _____ 症状が出た

食べてからどれ位経過した時ですか : (すぐに 2時間以内 半日くらい 1日以上経過したら)

その時どう対応しましたか : _____

検査をしたら陽性であった

1.何の食物に反応がありましたか

卵白 卵黄 乳 小麦 大豆 そば ごま ピーナッツ エビ

魚類(_____) 肉類(_____) その他(_____)

2.いつ検査を行いましたか : _____ 歳 _____ ヶ月頃

3.何の検査を行いましたか : (血液検査 ・ 皮膚テスト ・ 食物負荷試験)

4.なぜ、検査を行いましたか

(摂取して症状が出たため ・ 湿疹があったため ・ 症状はなかったが、気になったため)

5.食物アレルギーの症状出現時にそなえて、内服薬を処方されていますか

いいえ はい (薬の名前: _____)

6.アナフィラキシーにそなえて、エピペンを処方されていますか

いいえ はい

※検査結果をお持ちでしたら、診察時に全てお渡し下さい

食物除去をしているが、今後の進め方や相談

特に症状は出ていないが、食物アレルギーが心配なため検査希望

現在除去されている食物はありますか

いいえ はい(食品名: _____)

その他ご質問等ございましたらご記入下さい