

【食物アレルギー 問診票】

ふりがな
氏名： _____ (男・女) 年齢： _____ 歳 _____ か月

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 今までに特定の食物でアレルギー症状が出たことがありますか？
 はい いいえ→4にお進みください
2. 初めてアレルギー症状が出た時の様子について、下記の表に例のように記入してください。

原因食物		例(卵)	()	()	()
初めて症状が出た年齢		0歳7か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月
皮膚・粘膜 症状	かゆみ	○			
	発赤・じんましん	○			
	唇・まぶたの腫れ				
呼吸器 症状	のどの違和感				
	鼻水・くしゃみ				
	咳				
	ゼーゼー・呼吸苦				
消化器 症状	口の中の違和感				
	吐き気・嘔吐				
	腹痛				
	下痢				
神経症状	活気がない				
	意識がない				
循環器 症状	手足が冷たい				
	唇の色が悪い				
その他の症状					
摂取から 症状出現 までの 時間	15分以内	○			
	15分～2時間				
	2～4時間				
	4時間以上				
治療薬を使用した					

3. アレルギー症状の経過について、できるだけ詳しく記述してください。

例：生後7か月の時に、初めて固ゆでの卵黄を耳かき1さじ程度食べたところ、10分くらいで口周りのかゆみとじんましんが出たが自然におさまった。その後も固ゆで卵黄を食べると同様の症状が出る。

4. 現在の食事内容についてお答えください。

完全に除去している食べ物： _____

部分的に除去し、少しは食べられる食べ物： _____

問題なく食べている食べ物： 卵・牛乳・小麦・ピーナッツ・そば・エビ・カニ
(該当するものに丸)

5. これまで湿疹がひどかった時期はありますか？

はい (時期： _____) いいえ

6. 今まで下記の病気と言われたことがありますか？

アトピー性皮膚炎 はい いいえ

気管支ぜん息 はい いいえ

アレルギー性鼻炎 (花粉症) はい いいえ

7. 現在使用されている薬 (市販薬も含めて) はありますか？

はい (薬： _____)

いいえ

8. ご家族や親戚の中に下記の病気と言われたことのある方はおられますか？

アトピー性皮膚炎 はい (誰： _____) いいえ

食物アレルギー はい (誰： _____) いいえ

気管支ぜん息 はい (誰： _____) いいえ

アレルギー性鼻炎 (花粉症) はい (誰： _____) いいえ

その他のアレルギー (_____) はい (誰： _____) いいえ