

食物アレルギー 問診票

氏名： () 年齢：

1 原因の(と思われる)食物はありますか？

- 卵 卵製品 牛乳 乳製品 小麦 そば ピーナッツ ナッツ類
 甲殻類(えび・かに) 大豆 いくら 魚類 肉類
 果物： _____ その他： _____

2 食べ物によって出た症状を教えてください

- じんましん 湿疹 赤くなった かゆみ 咳 ぜいぜい 鼻水
 嘔吐 下痢 血便 目が腫れた くちが腫れた くちがかゆくなった
 いがいがした アナフィラキシー アナフィラキシーショック
 その他： _____

3 食べてからどれくらいで症状がみられましたか？

- すぐ 2時間以内 半日いない 1日以上たってから

4 現在、お子さんが除去している食べ物はありますか？

- 卵 卵製品 牛乳 乳製品 小麦 そば ピーナッツ ナッツ類
 甲殻類(えび・かに) 大豆 いくら 魚類 肉類
 果物： _____ その他： _____

5 抗アレルギー剤を飲んでいますか？

- ない
 ある： ザジテン セルテクト アレジオン アレグラ ジルテック
 クラリチン インタール 漢方薬
 その他： _____

6 エピペンをお持ちですか？ → なし あり (0.15mg 0.3mg)

7 相談したいことをお書きください