

食物アレルギー問診票

西暦 20 年 月 日

診察を円滑にするためのものですので、わかる範囲でかまいません。軽い気持ちで○つけたり、お伝えたいことを書いてください。書ききれないことは余白に書いてください。書いたらお近くのスタッフにお渡ししてください。

~~~~~

お名前 生年月日 西暦 20 年 月 日 男・女

1. これまでのかかりつけの病院はどちらですか？アレルギーではなくてもいいです（アレルギーでのかかりつけは◎をつけてください）

ない・大分子ども病院・大分大学病院・その他（ ）

2. どんな食べ物で起こりますか？すべてに丸をしてください

卵（製品）・牛乳（製品）・小麦製品・大豆（製品）・ピーナッツゴマ（ナッツ類）・ゴマ・カニ、エビ・イカ、タコ・あさりなど（貝類）・魚類・肉類・果物（ ）・その他（ ）  
原因食物がわからない

3. いつくらいからですか？

新生児期、早期乳児期（重い乳児湿疹やアトピー性皮膚炎）・離乳食が始まってから・1歳過ぎてから・3歳過ぎてから・小学生になってから

4. どんな症状ですか？出たことのある症状すべてに丸をつけてください

皮膚症状（重い乳児湿疹・アトピー性皮膚炎・じんましんや紅斑など ）  
消化器症状（嘔吐・血便・長引く下痢など ）  
呼吸器症状（せき込みや喘息発作など ）  
循環器・中枢神経症状（意識がおかしくなる、血圧が下がるなどのショック症状  
運動後のアナフィラキシー症状  
その他（ ）

5. アナフィラキシーと言われたことはありますか？あればそれはいつ頃ですか？

アナフィラキシーとは？・・・簡単に言うと、同時に複数の症状（じんましんとせき込みとか）・すぐに病院に連れて行かないといけなようなせき込み・意識がおかしくなるなどの症状が急激で激烈なこと

いいえ・はい（ 歳ごろ、あるいは 西暦 20 年 月ごろ）

6. 原因のものを食べたらいつもアレルギーがおきますか？

少しでも食べたら必ずおきる・たくさん食べたらおきる・その他（ ）

裏につづく・・・

かみぞのキッズクリニック

5. ほかの病院で検査してもらいましたか

いいえ・はい(病院名 ) 　いつ頃?( )

どんな検査?(血液検査・皮膚テスト・経口食物負荷試験・運動誘発試験・その他( )

6. 5ではいの場合、医師からなんといわれましたか?

食べてはだめ・食べさせてください・また検査しましょう・その他( )

7. 毎日使っている薬はありますか?(毎日ではないが、調子が悪い時だけ使用しているものは、△をつけてください)

いいえ・はい( )

8. アトピーや喘息、あるいはアレルギー性鼻炎や花粉症など、ほかのアレルギーもありますか?

ない・ある(アトピー性皮膚炎・気管支喘息・アレルギー性鼻炎、花粉症・アレルギー性結膜炎)

9. ご家族に喘息・あるいは何らかのアレルギーのある方はいますか?

いない・いる(どなた? で、喘息・アトピー性皮膚炎・食物アレルギー・アレルギー性鼻炎、花粉症・アレルギー性結膜炎)

10. 何らかの検査をご希望されますか?

いいえ・おまかせします・はい(採血検査・皮膚テスト・経口食物負荷試験・宇8ン同負荷試験・その他 )

11. どんなことが困ってますか? などお伝えしたいことを自由に書いてください。

お疲れさまでした。