

問診票（アレルギーについて）

氏名：\_\_\_\_\_

生年月日：\_\_\_\_\_年 月 日（ 歳 か月）男・女

【該当するものに○チェック及び、記入をお願いします】

1.食物アレルギーについてお聞きします。

現在、食物アレルギーはありますか。

( ) はい ( ) いいえ

以下「はい」と回答された方のみ記入してください。

①病院等の医療機関でアレルギーと診断されましたか。

( ) はい ( ) いいえ

②いつ食物アレルギーと診断されましたか。

\_\_\_\_\_年 月 ( \_\_\_\_\_歳 / \_\_\_\_\_か月の頃)

③どこで食物アレルギーと診断されましたか。

医療機関名( \_\_\_\_\_ )

④いつ頃から症状がでましたか。

( \_\_\_\_\_歳 \_\_\_\_\_か月ころから)

⑤今までどのような症状がでましたか。

( ) 発疹 ( ) じんま疹 ( ) 下痢 ( ) 吐き気・嘔吐 ( ) ゼーゼーする

( ) 鼻詰まり ( ) 呼吸困難 ( ) アナフィラキシー ( ) アナフィラキシーショック

( ) その他 ( \_\_\_\_\_ )

※アナフィラキシー症状の経験がある場合にお答えください。

回数： \_\_\_\_\_回 最後の発症年月日： \_\_\_\_\_年 月 日 原因食物： \_\_\_\_\_

⑥アレルギーの原因となっている食物は何ですか。

食物名： \_\_\_\_\_

現在、家庭や保育園等で除去中の食物はありますか。

( ) いいえ ( ) はい (食物名： \_\_\_\_\_)

⑦ ⑥の除去中の食物については医師の指示を受けて実施していますか。

( ) はい ( ) いいえ

⑧過去に除去食を行っていたが、現在は解除になった食物はありますか。

( ) いいえ ( ) はい (食物名； \_\_\_\_\_)

⑨原因食物を食べた後にどのような症状が起こりますか。

食物名	症状
	( ) 不明 ( ) 症状が現れる (具体的な症状： _____)
	( ) 不明 ( ) 症状が現れる (具体的な症状： _____)
	( ) 不明 ( ) 症状が現れる (具体的な症状： _____)
	( ) 不明 ( ) 症状が現れる (具体的な症状： _____)
	( ) 不明 ( ) 症状が現れる (具体的な症状： _____)