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：　　　　　　　　　　　　　　　　　） |