

～食物アレルギー問診票～

ふりがな

氏名： _____ (男・女)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (年齢 _____ 歳 _____ ヶ月)

1. 本日、食物アレルギーの相談にいらした理由をお教えてください。(複数回答可)

ある食べ物を食べたら、アレルギーの症状が出た。

☞例：9か月時、卵焼き を食べて、じんましん・咳の症状が出た。

・それはどの様なタイミングでしたか？ (■すぐに 2時間以内 半日位 1日以上経過)

☞ _____ ヶ月・ _____ 歳時 _____ を食べて、 _____ の症状が出た。

・それはどの様なタイミングでしたか？ (すぐに 2時間以内 半日位 1日以上経過)

☞ _____ ヶ月・ _____ 歳時 _____ を食べて、 _____ の症状が出た。

・それはどの様なタイミングでしたか？ (すぐに 2時間以内 半日位 1日以上経過)

☞ _____ ヶ月・ _____ 歳時 _____ を食べて、 _____ の症状が出た。

・それはどの様なタイミングでしたか？ (すぐに 2時間以内 半日位 1日以上経過)

検査(皮膚テスト・血液検査・食物負荷試験)したら陽性であった。(行った検査に○をつけてください)

☞いつ検査をされましたか？ _____ ヶ月・ _____ 歳頃

☞なぜ、検査を行いましたか？

食べて症状が出たから(内容を上記に記入してください) アトピー性皮膚炎があったから

特に症状はなかったが、気になったので検査した その他(_____)

☞何の食物に反応がありましたか？

卵白 卵黄 乳 小麦 大豆 甲殻類(エビ・カニ) そば ごま ピーナッツ

魚類(_____) 肉類(_____) その他(_____)

食物経口負荷試験を受けたい。

食物除去を行っているが、今後どうすればいいのか、相談したくなった。

特に症状はないが、食物アレルギーが心配なので調べてほしい。

2. お子様が現在除去されている食べ物は何か？(複数回答可)

卵料理(卵焼き・茶碗蒸し等) 卵をつなぎに含む食べ物 卵殻カルシウム

乳製品(牛乳・ヨーグルト等) 乳をつなぎに含む食べ物 乳糖

小麦製品(うどん・パン等) 小麦をつなぎに含む食べ物 麦茶・酢・しょう油等

大豆(豆腐・豆乳・納豆等) しょう油・大豆油、みそ等

甲殻類(エビ・カニ) そば ピーナッツ ナッツ類(_____)

魚類(_____) 魚卵(いくら・かずのこ等) 肉類(_____)

その他(_____)

その他相談したいことがございましたらご記入ください。

{ _____ }



もりもり キッズ・アレルギー
クリニック

ご協力ありがとうございました。 院長 森下雄大