

食物アレルギーの問診票

1. 本日、食物アレルギーの相談にいらした理由は何ですか？（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。
- 何を食べ、どのような症状が出ましたか？また、それは、食べてからどれくらいの時間が経過したときですか？
 - ◇ 例：卵焼きを食べ、じんましん・湿疹がひどくなる の症状が出た。（すぐに 2時間以内 半日くらい 1日以上経過したら）
 - ◇ _____を食べ、_____の症状が出た。（すぐに 2時間以内 半日くらい 1日以上経過したら）
 - ◇ _____を食べ、_____の症状が出た。（すぐに 2時間以内 半日くらい 1日以上経過したら）
 - ◇ _____を食べ、_____の症状が出た。（すぐに 2時間以内 半日くらい 1日以上経過したら）
 - ◇ _____を食べ、_____の症状が出た。（すぐに 2時間以内 半日くらい 1日以上経過したら）
- 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？ _____ 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） 湿疹があったから
 - 特に症状はなかったが、気になったので検査した
 - 何の食物に反応がありましたか？
 - 卵白 卵黄 乳 小麦 大豆 そば ごま ピーナッツ
 - 魚類（ _____ ） 肉類（ _____ ） その他（ _____ ）
- 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）

- | | | | |
|---|---------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 卵料理（卵焼き・茶碗蒸し等） | <input type="checkbox"/> 卵をつなぎに含む食べ物 | <input type="checkbox"/> 乳製品（牛乳・ヨーグルト等） | <input type="checkbox"/> 乳をつなぎに含む食べ物 |
| <input type="checkbox"/> 小麦製品（うどん・パンなど） | <input type="checkbox"/> 小麦をつなぎに含む食べ物 | <input type="checkbox"/> 大豆 | <input type="checkbox"/> しょう油など調味料 |
| <input type="checkbox"/> 甲殻類（エビ・カニ） | <input type="checkbox"/> そば | <input type="checkbox"/> ピーナッツ | <input type="checkbox"/> ナッツ類 |
| <input type="checkbox"/> 魚類 _____ | <input type="checkbox"/> 魚卵 _____ | <input type="checkbox"/> 肉類 _____ | |
| <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） | | | |

その他相談されたい事があれば、ご自由にご記入ください

