

# 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）
- 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

