

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。
- 何歳頃、何を食べ、どのようなタイミングでどのような症状が出ましたか？
 - ◇ 例：卵焼き を食べて、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 半日ぐらい 1日以上経過したら)
 - ◇ 〇ヶ月・〇歳時 を食べて、〇〇の症状が出た。
 - 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)
 - ◇ 〇ヶ月・〇歳時 を食べて、〇〇の症状が出た。
 - 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)
 - ◇ 〇ヶ月・〇歳時 を食べて、〇〇の症状が出た。
 - 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？ 〇〇ヶ月・〇歳頃
- 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 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ですか？(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

