

# アレルギー問診票

名前

男・女

- ・ ペットいますか？ はい・いいえ
- ・ 血縁関係でアレルギーの方がおられますか？ はい・いいえ
- 父・母・祖母・祖父・その他( )
- 花粉症・食物アレルギー
- ・ 1歳未満の方 栄養状態： 母乳・ミルク 混合

## \* 本日相談内容

- 食物アレルギー
- アレルギー症状出たことありますか？ はい・いいえ
- 肌があれている
- その他( )

## \* 食物アレルギーの方へ 具体的に教えて下さい

- ・ いつ？何をたべて？どんな症状(じんま疹・咳・嘔吐・下痢など)
- どのぐらいで消失しましたか 薬服用しましたか

## \* 現在除去している食べ物ありますか？(卵・小麦・乳製品・ その他 )

## \* 今までにアレルギー採血した事ありますか？ はい・いいえ 採血結果持参 あり・なし

## \* 肌あれの方へ

- ・ 他院で相談されましたか はい・いいえ
- ・ 現在薬使用 あり・なし
- 薬の名前( )

湿疹の箇所を塗ってください

