

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

