

アレルギー問診票

ふりがな 氏名	記入日：西暦 年 月 日
生年月日：西暦 年 月 日 (歳 ヲ月)	性別： 男 ・ 女

【該当するものに○チェック及び、記入をお願いします】

(1)病院などの医療機関でアレルギーと診断されましたか。

() はい ・ () いいえ

(2)いつ食物アレルギーと診断されましたか。

西暦 年 月 日 (歳 ヲ月頃)

(3)どこで食物アレルギーと診断されましたか。

医療機関名 ()

(4)いつ頃から症状がでましたか。

西暦 年 月 日 (歳 ヲ月頃)

(5)アレルギーの原因となっている食物はなんですか。

食物名： 複数ある場合は全て記入してください

--

(6)原因食物を食べた後にどのような症状が起こりますか。

食物名	症状
	() 不明 () 症状が現れる (具体的に：)
	() 不明 () 症状が現れる (具体的に：)
	() 不明 () 症状が現れる (具体的に：)
	() 不明 () 症状が現れる (具体的に：)
	() 不明 () 症状が現れる (具体的に：)
	() 不明 () 症状が現れる (具体的に：)
	() 不明 () 症状が現れる (具体的に：)

(7)今までにアナフィラキシーショックを起こしたことはありますか。

() いいえ ・ () はい

※アナフィラキシー症状の経験がある場合には回答ください。

回数： 回 / 最終発症年月日：西暦 年 月 日

原因食物：(複数ある場合は全て記入してください)

--

(8)現在、家庭や保育園などで除去中の食物はありますか。

() いいえ ・ () はい (食物名：)

(9)(8)の除去中の食物については医師の指示を受けて実施していますか。

() はい ・ () いいえ

(10)過去に除去食を行っていたが、現在は解除になった食物はありますか。

() いいえ ・ () はい (食物名：)

解除日：西暦 年 月 日

(11)エピペンが処方されていますか。

() はい ・ () いいえ