

アレルギー問診票

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 歳 か月 性別 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

1. 当院をどこで知りましたか  
知人 家族 他院 インターネット 保育園  
その他 ( \_\_\_\_\_ )
  
2. 当院ではどのようなことを希望されますか
  1. セカンドオピニオン
  2. 診断 (一般的なものです プリックテスト 採血など)
  3. 診断 (専門的なもの: とくに経口食物負荷試験)
  4. 治療 (一般的なものです 投薬など)
  5. 免疫療法 (減感作 食物経口療法)
  
3. 今まで治療されていた場合、その内容について詳しくお教え下さい  
今後当院で特に希望されること、  
  
今までの治療でご納得出来なかったことなどについて
  
4. 食物アレルギーによる湿疹症状について  
湿疹のため検査をしたら食物アレルギーと診断された  
食べ物 ( \_\_\_\_\_ ) を食べた後、蕁麻疹 紅斑がでたので採血をしたら食物アレルギーと診断された
  1. 生後 \_\_\_\_\_ か月頃から、どこに \_\_\_\_\_ 湿疹が出てきた
  2. 栄養法について 母乳 加工乳 混合 低アレルギー乳
  
5. 両親のアレルギー疾患について  
アレルギー疾患あり (喘息 鼻炎 皮膚炎 食物アレルギー) (父・母)  
アレルギー疾患なし
  
6. 食物の完全除去をしている 加工品のみ摂取している