

<食物アレルギー初診問診票>

記入日: 年 月 日

お名前 (フリガナ): 生年月日 (月 日)

食物アレルギーについて

1. 食物アレルギーと診断されたことがありますか？

はい いいえ わからない

「はい」の場合、いつ頃診断されましたか？ 年 月頃

2. アレルギー反応が出た食品すべてにチェックしてください

卵 牛乳 小麦 そば 落花生 えび かに 大豆 ごま くるみ
 カシューナッツ アーモンド その他のナッツ類 ()
 魚類 (種類:) 果物 (種類:)
 その他 ()

3. 初めて症状が出たのはいつ頃ですか？

0~6 か月 7~12 か月 1歳 2歳 3歳以上

4. どのような症状が出ましたか？ (あてはまるものすべてにチェック)

皮膚の症状

なし かゆみ じんましん 赤み 湿疹の悪化

消化器の症状

なし 口やのどのかゆみ・違和感 唇・舌の腫れ 吐き気・嘔吐 腹痛 下痢

呼吸器の症状

なし くしゃみ・鼻水 せき ぜーぜー・ひゅーひゅー 息苦しさ

全身の症状

ぐったり 意識がもうろうとした 血圧低下

5. 症状はどのくらいで出ましたか？

食べてすぐ (30分以内) 1~2時間後 数時間後 翌日以降

6. どれくらいの量でアレルギー症状がでましたか。

ごく少量 (触れる・においをかぐ程度) 少量 (ひとかけら程度) 中等量 (数口程度)
 大量 (通常の食量) わからない

7. 現在、診断をもとに除去している食品はありますか？

はい (食品名:) いいえ

8. アレルギー検査を受けたことがありますか？

はい いいえ

「はい」の場合、該当するものにチェック:

血液検査 皮膚テスト (プリックテスト) 食物経口負荷試験 その他 ()

9. エピペン® (アドレナリン自己注射薬) を処方されていますか？

はい いいえ

10. これまでに食物アレルギーで救急受診や入院をしたことがありますか？

はい いいえ

「はい」の場合、その時期と状況：

その他のアレルギー歴

11. 以下の症状や疾患がありますか？（あてはまるものすべてにチェック）

アトピー性皮膚炎 気管支喘息 アレルギー性鼻炎 アレルギー性結膜炎

12. 薬でアレルギー反応が出たことがありますか？

はい（詳細： _____） いいえ

13. ご家族にアレルギー疾患のある方はいますか？

はい いいえ

「はい」の場合、続柄と疾患名：

その他

14. 現在の食生活で困っていること、心配なことがあれば自由にご記入ください

15. 当院への質問等があればご記入ください



ご記入頂きありがとうございます。

ゆうゆうこどもアレルギークリニック