

アレルギー問診票

氏名 _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____

質問1 アレルギーがあると言われたことがありますか？

なし ・ あり (_____)

質問2 現在治療中のアレルギー疾患はありますか？

なし ・ あり (_____)

質問3 食物アレルギーの診断で除去中の食品はありますか？

なし ・ あり (_____)

質問4 アナフィラキシーショックの既往はありますか？

なし ・ あり 原因食品 (_____)

何歳頃 (_____)

エピペンの使用 あり ・ なし

質問5 家庭でされているアレルギー対応を教えてください。

(_____)

質問6 アレルギーの症状を教えてください。例)じん麻疹、発疹、口の腫れ、喉のかゆみ等

(_____)

質問7 過去に除去食を行っていたが、現在食べられるようになった食品はありますか？

なし ・ あり (_____)

質問8 その他、気になることがありましたらお書きください。

～お願い～

- ・ 昼食とおやつは必ず食べたことがあるものを持参してください。
(食べたことのない商品は不可)
- ・ 体調が優れない時なので、制限中(食物経口負荷試験中)の食べ物は避けてください。