

# 小児科アレルギー外来受診希望の方への問診票（食物アレルギー）

年 月 日

**名前** \_\_\_\_\_ ( 歳 ヶ月 ) **体重** \_\_\_\_\_ kg **身長** \_\_\_\_\_ cm

該当する項目に○、( )内は書き込んで下さい

1) 本日来院された理由、困っていること

( ) 湿疹 いつからありますか ( 20 年 月 ヶ月から)

( ) 特定の食品を食べて症状が出た

(例：発赤・かゆみ・じんましん・眼や顔が腫れた・咳・ゼイゼイ )

( 20 年 月 ヶ月・才 ) ( ) を食べて ( )

( 20 年 月 ヶ月・才 ) ( ) を食べて ( )

( 20 年 月 ヶ月・才 ) ( ) を食べて ( )

( 20 年 月 ヶ月・才 ) ( ) を食べて ( )

( 20 年 月 ヶ月・才 ) ( ) を食べて ( )

2) 現在除去している食品がありますか ( 卵 乳製品 小麦 他 )

3) 除去の程度 ( ) 除去している食品は完全に除去している

( ) 除去している食品の一部は食べている

食べているもの ( )

4) 除去を始めたきっかけは何ですか

( ) 食べて症状が出たので、医師の指示で除去した

( ) 検査で陽性となったので、医師の指示で除去した

( ) 心配で食べさせなかった )

5) 栄養 母乳 混合 ミルク 新生児期のみミルク

6) 家族のアレルギー (アトピー性皮膚炎、花粉症、喘息、食物アレルギー など )

父 ( ) 母 ( )

兄弟・姉妹 ( )

父方祖父母 ( )

母方祖父母 ( )

7) ペットを飼っていますか (イヌ室内/室外・ネコ・ハムスターなど) (飼っていない )

自宅で ( ) (室内 室外) を ( ) 匹飼っている

父の実家で ( ) (室内 室外) を ( ) 匹飼っている

母の実家で ( ) (室内 室外) を ( ) 匹飼っている

実家でペットを飼っている方

産後実家に帰っていた ( ) ヶ月間)

現在実家に行く頻度 ( 週 回 ・ 月 回 ・ 年 回 )