

食物アレルギー問診票

お名前 _____ (男・女) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
年齢 _____ 歳 _____ ヶ月

- (1) アレルギー症状が出た食物についてご記入ください。
(いつ、何を食べて、何分後にどのような症状が出たのか。)

- (2) 現在、アレルギーに関してどのように対処されていますか。
(処方薬の有無、他院にて相談中など)

- (3) 今までアレルギー検査を受けたことはありますか。 はい (年 月)
 いいえ

- (4) アレルギー検査のご希望はありますか。
もしくは、幼稚園・保育園・学校から検査の要請はありましたか。
 はい → (5) へ
 いいえ → (6) へ

- (5) (4) で「はい」の方、検査項目のご希望はありますか。

- (6) 今までに生活管理指導表を提出したことはありますか。 はい いいえ

- (7) その他、何かご質問等ございましたらご記入ください。