

診察券番号

--	--	--	--	--

受診される方のお名前 _____

1.それぞれの食べ物について、今までの除去歴であてはまるところに○をつけてください。
 また、食べた時にアレルギー症状が出たことがあるかについてもお答えください。
 表にないもので、除去したことがあるものは()に食品名をご記入ください。

食べ物	あえて除去しようとした経験がない	(一部だけでも)除去をした経験がある(している)		食べたために症状が出たことは？ (じんましん、湿疹、咳など)	
		自己判断で	医師などの指導による	ない (食べてない)	ある →2へ
鶏卵					
牛乳					
小麦					
そば					
ピーナッツ					
クルミ					
魚()					
()					
()					
()					
()					

2.食べたために症状が出た時の状況を、下記の例のようになると詳しく教えてください。

日付(年・月・日) または年・月齢	食べたもの その量	食べてから症状 出現までの時間	出現した症状 どこに・どのように	その時の対応 受診・薬内服・冷やすなど
例) 6カ月	〇〇製菓の △クッキー 1枚	30分くらい	全身にじんましんが 出て、眼の周りも腫れた	□〇病院を受診して、飲み 薬をもらって飲ませたら、 2時間くらいでおさまった

診察券番号

--	--	--	--	--

受診される方のお名前

3.今までに食物アレルギーに関する検査・試験をしたことがありますか？

 ない →4.へ進んでください

 あり 検査を行った時期(年月日または月・年齢)、施設名、検査内容、覚えていたらその時の指導内容についてお答えください。(回数が多い場合は最近の3回で)

	日付(年・月・日) または年・月齢	施設名	検査内容	指導内容
1			<input type="checkbox"/> 血液検査・ <input type="checkbox"/> プリックテスト <input type="checkbox"/> 経口負荷試験・ <input type="checkbox"/> 除去試験 <input type="checkbox"/> その他()	
2			<input type="checkbox"/> 血液検査・ <input type="checkbox"/> プリックテスト <input type="checkbox"/> 経口負荷試験・ <input type="checkbox"/> 除去試験 <input type="checkbox"/> その他()	
3			<input type="checkbox"/> 血液検査・ <input type="checkbox"/> プリックテスト <input type="checkbox"/> 経口負荷試験・ <input type="checkbox"/> 除去試験 <input type="checkbox"/> その他()	

4.それぞれの食物に関して現在の摂取状況で、あてはまるものに○をつけてください。表にないもので、現在除去しているものがある場合には、()に食品名をお書きください。

食物	加工品も食べていない (食べたことがない)			微量混入や 一部加工品は 食べられる (詳細は次で)	特に除去は していない
	食べる機会が なかった	自己判断で	医師などの 指導による		
鶏卵					
牛乳					
小麦					
そば					
ピーナッツ					
クルミ					
魚()					
()					
()					

5.実際に食べられるものを具体的に教えてください。

例)

ありがとうございました。お手数ですが、
 ①撮影してオンライン問診へアップロード、
 ②受診日に本問診票を持参、
 この2つをお願いしております。
 ご協力よろしく申し上げます。

食物名	卵
食べられるもの	クッキー1個、ハム1枚
食物名	
食べられるもの	
食物名	
食べられるもの	