

食物アレルギーで来院された患者さんへ

お子さんのお名前： _____

【初診用】

- 原因食物は何ですか？（鶏卵、牛乳、コムギ、その他（ _____ ））
 - 初めて食物アレルギーの症状が出たのはいつですか？ _____ 歳 _____ か月頃
 - そのときの症状・経過は？（ _____ ）
 - 初めて診断を受けたのは？ _____ 歳 _____ か月頃 医療機関： _____
 - 診断はどのようにされましたか？（診断の根拠となったものをすべてチェック）
症状 血液検査 経口負荷試験 その他（ _____ ）
 - 現在の具体的な除去の方法について教えてください（いずれかにチェック）
完全除去 部分除去
※部分除去の場合、食べられる食品とおおよその量を書いてください。
（ _____ ）
 - アレルギー症状が出た時に使用する薬は処方されていますか？（いずれかにチェック）
薬なし 薬あり（薬の名前： _____ ）
 - 両親や兄弟にアレルギー性疾患があれば書いてください
（ _____ ）
- +++++

【再診用】

- 原因食物は何ですか？（鶏卵、牛乳、コムギ、その他（ _____ ））
- 現在の除去の状況を教えてください（いずれかにチェック）
完全除去 部分除去
※部分除去の場合、現在食べられる食品とだいたいの量を書いてください。
（ _____ ）
- 最近、原因食品を食べて症状が出たことがありましたか？（いずれかにチェック）
ない ある
※ある場合は、いつどのような症状があったかを書いてください。
（ _____ ）