



アレルギー問診票(食物アレルギー)

初めてアレルギー外来を受診される方は以下の項目についてお分かりになる範囲でご記入ください。

ふりがな

お名前 _____ 男・女 生年月日 平成・令和 年 月 日

- ① 乳児期に湿疹はありましたか？ いいえ はい (生後 月頃から)
- ② 湿疹に対してどのような治療をされてきましたか？ 保湿剤 ステロイド軟こう その他
- ③ 授乳期の栄養はどのようにされてきましたか？ 完全母乳 粉ミルク 混合栄養(母乳+粉ミルク)
- ④ 離乳食はいつ頃から開始されましたか？ 生後 月頃から
- ⑤ ご家族でこれまでにアレルギー疾患を指摘されている方はいらっしゃいますか？
- お父様: なし あり ()
- お母様: なし あり ()
- ご兄弟()歳: なし あり ()
- ご兄弟()歳: なし あり ()
- ⑥ ペットは飼育されていますか？ いいえ はい → 室外 室内
- 犬 猫 その他 ()
- ⑦ ご家族でおタバコを吸われる方はいらっしゃいますか？ いいえ はい
- ⑧ 食物アレルギー以外でお困りのアレルギー疾患はありますか？
- アトピー性皮膚炎 気管支喘息 アレルギー性鼻炎(花粉症) アレルギー性結膜炎

