

食物アレルギー問診票

ふりがな _____
お名前 _____ 年齢 _____ 歳 性別 男・女
体重 _____ kg 来院時に当院で計測した体温 _____ °C

下の枠内は当院を初めて受診される場合、ご記入ください。

生年月日 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
ご住所 〒 _____ - _____
お電話番号 ご自宅 _____ 携帯電話 _____
通っている園・学校 _____
・熱性けいれんを起こしたことはありますか？ はい・いいえ
・お薬や注射で具合が悪くなったことはありますか？ はい・いいえ

以下の質問にお答え下さい

①いつ（何歳ころ）、何を食べて、どれくらいの経過時間で、どんな症状が出ましたか？

<例> 10カ月の時 ゆでたまごを食べて すぐに 発疹が出た

②ご家族でアレルギー体質の方はいますか？

③伝えたいこと、相談したいことがあれば、ご自由にご記入下さい。