

食物アレルギー問診票（家族記入用）

(ふりがな) 姓 名
お子様のお名前 様 性別 男 女 ID:

生年月日（年齢） 西暦 年 月 日生（ 歳 ヶ月 ）

・現在制限している食品すべてに マークをつけてください

卵 牛乳 小麦 甲殻類 ごま そば ピーナッツ
 ナッツ類 肉 米 果物（ ） 魚（ ）
 その他（ ）

※牛乳アレルギーのある方は与えたことのあるアレルギー用ミルクに をつけてください

（ 与えていない ミルフィー MA-m i MA-1 その他（ ） ）

・今まで食物アレルギーで起こしたことがある症状すべてに をつけてください。

じんましん（ 顔 体） 赤くなる（ 顔 体） かゆがる
腫れる（ 顔 まぶた 唇） 鼻水 咳 ぜいぜい 息が苦しい
 嘔吐 腹痛 下痢 機嫌が悪い ぐったり 色がわるい

・一番強い食物アレルギーの症状があったときの状況を記入してください

（ ）歳（ ）ヶ月ころに

（ ）を食べて（ ）分後に

（ ）の症状が出現

・エピペンを処方されていますか はい いいえ

はいと答えた方にお聞きします。それはいつからですか。（ ）歳

・食物アレルギー教室のことを何で知りましたか

福岡病院の診療 かかりつけ小児科からの紹介 保育園のチラシ 保健所のチラシ
 インターネット 知人からの紹介 その他（ ）

・食物アレルギーの情報をどこから得ていますか（複数回答可）

病院関係者 インターネット 書籍 テレビやラジオ 保育園、幼稚園、小学校
 他の保護者 その他（ ）

・食物アレルギーについてどのような講義内容に興味がありますか（複数回答可）

食物アレルギー総論 食物アレルギーの予後と予防
 症状出現時の対応 食物アレルギーの検査、経口負荷試験
 アトピー性皮膚炎について スキンケア実践
 除去食と代替食の基本 食物アレルギーと栄養障害
 その他（ ）

・試食会や調理実習で希望のメニューがあれば記入してください

（ ）

・気になっていることや質問したいことがあれば記入してください

（ ）

ありがとうございました