

食物アレルギー 予診票

□には☑または■をご記入ください。空欄には該当する内容を直接記入して下さい。

1. 現在 以下で除去している食品がありますか 表に○や文を記載してお答えください。

食品	除去の程度	食べられているものの例・量
例) 鶏卵	除去なし・ 未摂取・ 完全除去・ 不完全除去	→ゆで卵黄半分、クッキー2枚くらい
鶏卵	除去なし・ 未摂取・ 完全除去・ 不完全除去	→
牛乳	除去なし・ 未摂取・ 完全除去・ 不完全除去	→
小麦	除去なし・ 未摂取・ 完全除去・ 不完全除去	→
ピーナツ	除去なし・ 未摂取・ 完全除去・ 不完全除去	→

2. 自由に食べていない品目があれば✓をつけて、摂取の状況に○をつけてお答えください。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> くるみ [未摂取・完全除去・不完全除去] | <input type="checkbox"/> 魚 () [未摂取・完全除去・不完全除去] |
| <input type="checkbox"/> カシューナツ [未摂取・完全除去・不完全除去] | <input type="checkbox"/> 肉 () [未摂取・完全除去・不完全除去] |
| <input type="checkbox"/> アーモンド [未摂取・完全除去・不完全除去] | <input type="checkbox"/> 大豆 (豆腐・枝豆など) [未摂取・完全除去・不完全除去] |
| | <input type="checkbox"/> そば [未摂取・完全除去・不完全除去] |
| <input type="checkbox"/> えび・かに [未摂取・完全除去・不完全除去] | <input type="checkbox"/> _____ [未摂取・完全除去・不完全除去] |
| <input type="checkbox"/> いくら [未摂取・完全除去・不完全除去] | <input type="checkbox"/> _____ [未摂取・完全除去・不完全除去] |

3. 飲食して約2時間以内に 症状がおきたエピソードについて 表に記入してお答えください。
エピソードがたくさんある場合は、食品ごとに最近のものを優先して書いてください。

時期	食物 (原因食品)	摂取量	症状までの時間	症状
例) 1歳6か月	ルツトースト (卵?)	1/2食 (卵約1/4コ)	30分	体の蕁麻疹、咳、嘔吐

Anaphylaxisがあったか確認する

4. 決まった食品を食べると、「皮膚や呼吸の症状はないが嘔吐をする」エピソードがありましたか。

- なし あり ⇒ 「あり」の場合、以下の質問にお答えください。
- 疑っている主な食品 鶏卵 粉ミルクや乳製品 大豆製品・豆腐 _____
- 他にも疑わしい食品 なし _____
- エピソードの回数 1回 2回 3回以上 いつもあって数えられない
- 嘔吐する回数 1回 たいてい2回以上吐く 覚えていない
- 吐き始める時間 たいてい1~4時間後 1時間以内 4時間以降 覚えていない

そのエピソードで起きた事がある、全ての項目にチェックをいれて下さい。

- ぐったり・眠りがち 顔色が青白い 血便 下痢 (24時間以内で明らかな)
- すぐに病院を受診した 病院で点滴をうけた 「血圧が低い・低血圧・ショック」と言われた
- 体温変化 → 36.0℃以下になった 38.0℃以上になった
- いずれもなかった

5. 誤食でアレルギー症状がでた時のために処方されている薬がありますか。

- なし エピペン® ネフィー® 有効期限 _____ 内服薬 _____