

# アレルギー問診票

記入日 年 月 日

## 1. 薬物アレルギーはありますか

( 有り ・ 無し )

※「有り」の場合：品名 \_\_\_\_\_

## 2. 食物アレルギーはありますか

( 有り ・ 無し )

※「有り」の場合は、該当する食物に○をつけて下さい。

また、下記以外の食物は、その他の欄に記入して下さい。

牛乳	小麦	ピーナツ (落花生)	カシュー ナツツ	バナナ	牛肉	あわび
卵	サバ	長いも	キウイフ ルーツ	オレンジ	鮭	ゼラチン
大豆	エビ	くるみ	りんご	鶏肉	いくら	松茸
そば	カニ	ごま	桃	豚肉	いか	

その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 3. アナフィラキシー症状をおこしたことはありますか

( 有り ・ 無し )

※「有り」の場合：原因物質 \_\_\_\_\_

発生年月 平成 年 月 (わかる範囲で結構です。)

### 【アナフィラキシー症状とは】

息苦しさ、のどの詰まり、広範囲のじんましん・あかみ・強いかゆみ、唇やまぶた・顔面の腫れ、繰り返すせき、腹痛、複数回の嘔吐や下痢等

署名 患者本人 \_\_\_\_\_

記入者 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)