



## 食物アレルギー相談 問診票

お名前： \_\_\_\_\_ 生年月日： 20 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_ 才 \_\_\_\_ か月)

体重： ( \_\_\_\_\_ kg)

### 1. アレルギーを疑ったきっかけとその食品

これまでに食べたり飲んだりして症状が出たことがあるものについて、具体的にお書きください。

| 月齢 (年月日)        | 食品と量     | 食後 分 | 症状 (どこが・どのように) | 対応 (受診、薬など) |
|-----------------|----------|------|----------------|-------------|
| 6 か月(2025/9/12) | 卵ボーロ 1 粒 | 30 分 | 口のまわりに赤いぶつぶつ   | 様子見         |
|                 |          |      |                |             |
|                 |          |      |                |             |
|                 |          |      |                |             |
|                 |          |      |                |             |
|                 |          |      |                |             |
|                 |          |      |                |             |
|                 |          |      |                |             |

※書ききれない場合は裏面へ記載 □チェック

### 2. 既往歴について

- ・赤ちゃんのときに湿疹 (皮膚の発赤) がありましたか？ はい・いいえ
- ・風邪をひいたときにゼーゼーということはありませんか？ はい・いいえ
- ・現在治療中の病気、過去に入院を必要とする治療を受けたことはありますか？  
( \_\_\_\_\_ )

### 3. ご家族のアレルギー歴について

食物アレルギー (食材も)・アトピー性皮膚炎・喘息・アレルギー性鼻炎をお持ちの方はいますか？  
(湿疹) (ゼーゼー)  
( \_\_\_\_\_ )

### 4. 他院を受診された方は、お受けになった食事指導の内容をお書きください。

※血液検査の結果をお持ちでしたら、コピーをお持ちください。

### 5. ご相談やご希望がありましたらお書きください。



# 《記入例》

## 食物アレルギー相談 問診票

お名前： えがお こども

生年月日：20 25年 3 月 3 日 ( 1 才 0 か月)

体重： ( 9.5 kg )

### 1. アレルギーを疑ったきっかけとその食品

これまでに食べたり飲んだりして症状が出たことがあるものについて、具体的にお書きください。

| 月齢 (年月日)          | 食品と量     | 食後 分 | 症状 (どこが・どのように) | 対応 (受診、薬など) |
|-------------------|----------|------|----------------|-------------|
| 6 か月(2025/9/12)   | 卵ボーロ 1 粒 | 30 分 | 口のまわりに赤いぶつぶつ   | 様子見         |
| 6 か月 (2025/ 9/19) | 卵ボーロ 3 粒 | 30 分 | 口のまわり 赤いぶつぶつ   | 経過観察        |
| 6 か月 (2025/ 9/29) | 卵白 1 口   | 30 分 | 嘔吐             | かかりつけ受診→除去  |
| 1 歳 (2026/ 3/29)  |          |      |                | 除去中         |
|                   |          |      |                |             |
|                   |          |      |                |             |
|                   |          |      |                |             |
|                   |          |      |                |             |
|                   |          |      |                |             |

※書ききれない場合は裏面へ記載 チェック

### 2. 既往歴について

- ・赤ちゃんのときに湿疹 (皮膚の発赤) がありましたか？ (はい) いいえ
- ・風邪をひいたときにぜーぜーということはありませんか？ はい (はい) いいえ
- ・現在治療中の病気、過去に入院を必要とする治療を受けたことはありますか？  
( 特 に あ り ま せ ん )

### 3. ご家族のアレルギー歴について

食物アレルギー (食材も)・アトピー性皮膚炎・喘息・アレルギー性鼻炎をお持ちの方はいますか？  
(湿疹) (ぜーぜー)

( 父 : アトピー性皮膚炎 、 両親 花粉症 )

### 4. 他院を受診された方は、お受けになった食事指導の内容をお書きください。

※血液検査の結果をお持ちでしたら、コピーをお持ちください。

生後 6 か月から現在まで、鶏卵は除去中です。

### 5. ご相談やご希望がありましたらお書きください。

このまま除去を続ける必要があるのか、少しずつ食べられるようになるのか、今後の具体的な対応について相談したいです。