

IV-③ 除去食はどなたが判断しましたか。

医師 保護者 その他 ()

IV-④ 過去に除去食を行っていたが、現在食べられるようになった食物はありますか。

いいえ はい (食物名 :)

IV-⑤ アレルギー検査を受けたことはありますか。また、検査結果はどうでしたか。

いいえ はい⇒結果(陽性の食物名:)

IV-⑥ 原因食物を摂取後、どのような症状が起こりますか。

食物名	症 状	
卵	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> ある (具体的症状:)
牛 乳	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> ある (具体的症状:)
小 麦	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> ある (具体的症状:)
	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> ある (具体的症状:)
	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> ある (具体的症状:)

アレルギーの症状について

V 運動でアレルギー症状をおこしたことはありますか。 はい いいえ
※ はいと答えた場合のみV-①の質問に教えてください。

V-① 食事との関連はありますか。 食事との関連あり 食事との関連なし

VI アナフィラキシーの経験はありますか。 はい いいえ
※ はいと答えた場合のみVI-①の質問に教えてください。

VI-① 食事との関連はありますか。 食事との関連あり 食事との関連なし

【アナフィラキシーとは】

食物、薬物、蜂刺されなどが原因で発生する全身性の急性アレルギー反応で、急激な症状悪化から死に至る可能性もある重篤なアレルギー反応です。

アナフィラキシーでよくみられる症状として、じん麻疹、呼吸困難、腹痛、嘔吐、下痢及び血圧低下を伴うショック等があります。

投薬について

VII 現在、慢性の病気やアレルギー疾患の治療のため、使用している薬はありますか。
 はい いいえ
※ はいと答えた場合のみVII-①の質問に教えてください。

VII-① どのような薬を使用していますか。

内服薬 : ()
吸入薬 : ()
外用薬 : ()
注射薬 : ()
その他 : ()

その他

健康状態やアレルギー疾患の他に、気になる点や注意事項がありましたら、記入してください。
