

食物アレルギー児のためのアレルギー教室

応募用紙

上記のアレルギー教室に参加を希望します。

記入日：平成 28 年 月 日

お子様のお名前 ふりがな _____ 様 性別 男 ・ 女
生年月日 (年齢) 平成 年 月 日生 (歳 ヶ月)
住所
〒 _____

電話番号 ご自宅：(_____) _____
携 帯： _____

参加される保護者のお名前 _____ 様
患者様との関係 母 父 姉 叔母 祖母 その他 (_____)
当日参加される方 大人 _____ 名
子ども _____ 名 (_____ 歳 ・ _____ 歳 ・ _____ 歳)
託児が必要なお子様 _____ 名 (_____ 歳 ・ _____ 歳 ・ _____ 歳)

当院に受診されたことがありますか？ (あり・なし)

ありの場合 ID 番号をお書きください。ID _____

なしの場合 6月22日(水)午後13時-14時に当院を受診できますか
(はい・いいえ)

かかりつけの小児科医院 _____ 医院

*応募の際は、応募用紙、病歴表を同封のうえ、下記の申し込み先に郵送、もしくは FAX
でお送りください。定員を超える場合は、お断りすることもあります。

応募先： 〒811-1394
福岡市南区屋形原4-39-1
国立病院機構福岡病院 小児科内
食物アレルギー教室 宛
TEL 092-565-5534 (代) (内線 8012)
FAX 092-566-0702

食物アレルギー病歴表（家族記入用）

お子様のお名前 ふりがな _____ 様 性別 男 ・ 女 I D N o. _____

生年月日（年齢）平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生（ _____ 歳 _____ 月）

ご家族の職業（父： _____ 母： _____）

ご家族のアレルギー歴（下記の病気があったら記号をご記入ください）

祖父（ _____ ）祖母（ _____ ）父（ _____ ）母（ _____ ）兄弟・姉妹（ _____ ）

①気管支喘息	②アトピー性皮膚炎	③アレルギー性鼻炎	④アレルギー性結膜炎
⑤蕁麻疹	⑥花粉症	⑦薬物アレルギー	⑧その他

乳児期からの栄養についておききします。

- ・母乳 ① ミルクを生後一週以内にあたえた ② はじめから母乳のみ
③（ _____ ）ヶ月まで母乳、その後ミルク
- ・はじめから混合 _____ ・はじめからミルク
- ・アレルギー用ミルクを与えたことはありますか。（はい・いいえ）
与えたことのあるミルクに○をしてください
（ミルフィー・MA-mi・MA-1・その他 _____ ）

離乳食開始（ _____ 月）

下記の食品をはじめてあたえた時期

卵（ _____ 月）牛乳（ _____ 月）魚（ _____ 月）肉類（ _____ 月）大豆（ _____ 月）

一番強い食物アレルギーの症状があったのは（ _____ ）歳（ _____ ）月

食事をして（ _____ ）分後に

起こった症状に○をしてください。

じんましん（顔・からだ）・湿疹がひどくなる・かゆがる

せき・ぜいぜい・いきがくるしい

はく・おなかがいたい・げり

機嫌が悪い・ぐったりした・顔色がわるい

原因と思われる食品 食品、料理などを○で囲むかご記入ください

1卵： ゆで卵（白身・黄身） 卵焼き 茶碗蒸し 鶏肉 コツメ ケーキ クッキー

2牛乳： 粉ミルク 牛乳 ヨーグルト チーズ 牛肉 バター ケーキ クッキー

3大豆： 豆腐 味噌 納豆 大豆油 みそ 醤油 小豆（菓子用） 枝豆 グリーンピース

4穀物： 小麦粉 うどん パン ケーキ ビスケット 米 餅 せんべい そば オートミール

5その他：（ _____ ）

現在制限している食品上記の1～5よりお選びください

（ _____ ）

エピペンをもっていますか（はい・いいえ）

はいと答えた方におききします。それはいつからですか（ _____ ）歳

ありがとうございました。