**アレルギー調査**

**生年月日　　　　　　　名前**

**1、今までにアレルギー体質といわれたことはありますか？はい　・　いいえ**

はいと答えた方

①いつですか？　　　　　（　　歳　　ヶ月）

②喘息はありますか？

③発疹やじんましんが出やすい体質ですか？　　　　　はい　・　いいえ

④今までに食べものでじんましんが出たり、気分が悪くなったことがありますか？

はい　・　いいえ

はいと答えた方　　それは何の食べ物ですか？　　（　　　　　　　　　　　　　　　　）

⑤今までに薬や注射でじんましんが出たり、気分が悪くなったことがありますか？

はい　・　いいえ

はいと答えた方　それは何の薬ですか？　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

⑥現在アレルギーの関係で、何らかの治療を受けていますか？　　はい　・　いいえ

⑦ご家族の中でアレルギーの方はいらっしゃいますか？　　　はい　・　いいえ

⑧アレルギーに関して、ご家庭で注意されていることや、伝えておきたいことがあれが、お書き下さい。

NPO法人　ケアステーションぽかぽか