

# 食物抗体検査 問診票

記載日時

名前

海外に送るので英語のスペルで書いて下さい

好きな食べ物に◎ 嫌いな食べ物に× 毎日食べているものに○をしてください。

牛乳 ( ) 卵 ( ) チーズ ( ) ヨーグルト ( ) 生姜 ( )  
パン ( ) そば ( ) うどん ( ) 豆腐 ( ) 納豆 ( ) ナッツ ( )  
シリアル ( ) ごま ( ) カレー ( ) チョコレート ( ) ワイン ( )

その他に好きな食べ物、嫌いな食べ物があれば書いて下さい。(マヨネーズ、アイスクリーム、納豆等)

調子が悪くなる食べ物が有ればその症状と食べ物の名称を記載してください。

以下の症状があれば○をして下さい。

腹痛 ( ) 胃痛 ( ) 嘔気 ( ) 下痢 ( ) 便秘 ( ) 関節痛 ( )  
不安感 ( ) いらいら ( ) 喘息 ( ) 鼻水 ( ) かゆみ ( )  
蕁麻疹 ( ) 頭痛 ( ) 食事の際の喉の違和感 ( )

その他、食事に関連すると思われる症状が有れば記載してください。

アレルギー疾患あれば○をしてください。

花粉症 ( ) アトピー性皮膚炎 ( ) 喘息 ( ) その他のアレルギー ( )

家族(親、兄弟、子供)でアレルギーのある方が居ましたら、病名と続柄を記載してください。