

**Allergifrågeformulär –att lämna inför läkarbesöket**

Markera med kryss i lämpliga rutor

Namn och

personnummer

--	--	--	--

Datum för ifyllande

Varför misstänks allergi?

Har Ni sökt tidigare för misstänkt allergiska besvär hos barnet?

Nej  Ja

Varför?

Har Ni någon gång behövt uppsöka akutsjukvård för barnets allergiska besvär?

Nej  Ja

Varför?

Har barnet legat på sjukhus?

Nej  Ja

Varför?

**Har nu: sedan hur länge?**

**Har tidigare haft: vid ålder?**

Eksem

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nässelutslag/svullna läppar

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Klåda

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Långdragen snuva/nästäppa

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Täta förkylningar/lunginflammation

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Täta öron/kruppbesvär

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Långdragen hosta

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tungt att andas/pipig andning

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Magsmärta/illamående

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diarré/lös avföring/dålig tillväxt

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Onormal trötthet

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Huvudvärk

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Snarkningar

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Andning med öppen mun

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Har barnet använt/ använder barnet några mediciner?:

Nej  Ja

Vilka?

**Har Du märkt att besvären påverkas av:**

- Dygnet's tider**       Nej       Ja, sämre under \_\_\_\_\_
- Årstider**       Nej       Ja, sämre under \_\_\_\_\_
- Olika inomhusmiljöer**       Nej       Ja, sämre \_\_\_\_\_
- Förkylning**       Nej       Ja, sämre \_\_\_\_\_
- Idrott/ansträngning**       Nej       Ja, sämre \_\_\_\_\_
- Djurkontakt**       Nej       Ja, av \_\_\_\_\_
- Rök/starka dofter**       Nej       Ja, av \_\_\_\_\_
- Mat/dryck**       Nej       Ja, av \_\_\_\_\_
- Väderlek**       Nej       Ja, av \_\_\_\_\_

**Annat** \_\_\_\_\_

**Var vistas barnen på dagarna?**       Hemma       Dagis       Dagmamma       Fritidshem

**Bostad:**      Barnet har bott i nuvarande bostad i \_\_\_\_\_ år

Antal personer i bostaden, vuxna \_\_\_\_\_ barn \_\_\_\_\_

Flerfamiljshus       Villa/radhus      Byggnadsår \_\_\_\_\_

**Innemiljöproblem :**       Fuktskada       Dålig lukt       ”Torr luft”       Kondensproblem

Annat: \_\_\_\_\_

**Förekommer rökning i hemmet ?**       Ja       Nej       Inomhus       Utomhus

**Husdjur i familjen?**       Ja       Nej

**Rider någon i familjen?**       Ja       Nej

Finns allergiska besvär hos någon annan i barnets familj eller släkt ?       Nej       Ja, hos \_\_\_\_\_

Typ av besvär? \_\_\_\_\_

Övrig information \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_