

Allergifrågeformulär – att lämna inför läkarbesöket

Markera med kryss i lämpliga rutor

Namn och

personnummer

--	--	--	--

Datum för ifyllande

Vad misstänks? Allergi, eksem, astma? Varför?

Har ni sökt tidigare för misstänkt allergi, eksem astma hos barnet?

Nej

Ja

Varför?

Har ni med barnet någon gång behövt uppsöka akutsjukvård för ovanstående 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 ni 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 Förskola 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: _____

ev Bostad 2: 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 _____