

تاریخ: / / شماره:	نام بیمار:	سن:	جنس:	ارسالی از:
آدرس:				تلفن:

علائم موجود در قسمت های مختلف بدن



ریه	بینی	گوش	دهان	چشم
پوست	گوارش	اعصاب	کلیه	مفاصل

در اثر کدام یک از عوامل زیر بیماری شما شدیدتر می شود:



داخل منزل خارج منزل اتاق های منزل پارک و باغ صبح ها عصرها شب ها شروع روز شروع شب طول روز نیمه شب شروع فواب بوها عطر گل اسپری مشرک کش سرخ کردن میوه انات گرما سرما هوای مرطوب فشار هوا خاک شیر گاو تماس پوستی جارو عوامل عاطفی فصل ها مختلف (کدام): دارو (نام)

شرایط زیستی شما



عمر ساختمان منزل شما:	وسیله گرمایشی:	وسیله سرمایشی:	کفپوش منزل:
جنس وسایل فواب:		اطراف منزل شما چیست:	

شغل:

شرایط فاص شغلی:

وضعیت سلامتی شما



چه بیماری یا نارامتی خاصی دارید؟
 از چه داروهایی استفاده می کردید یا می کنید؟
 آیا مصرف دفانیات دارید؟

آیا سابقه آلرژی قبلی دارید؟

چه آلرژنی؟

آیا سابقه تزریق واکسن ضد آلرژی دارید؟

چه زمانی و چند بار؟

سوابق خانوادگی



کدام یک از مشکلات آلرژی در کدام یک از اعضای خانواده (پدر، مادر، فواهر، برادر) شما وجود دارد؟

در صورت هر یک از علائم زیر شدت آن را با " شدید ۷/۷، متوسط ۷/۷، خفیف ۷/۷ " مشخص نمائید:

آبریزش بینی	آبریزش چشم	فشکی گلو	گلودرد	عفونت گوش	سرفه	برونشیت	تهوع	درد معده	تافیردر ادرار
سردرد	کهیر	خارش بینی	خارش چشم	ترشح پشت ملق	کاهش شنوایی	درد گوش	فس فس سینه	آمفیزم	
دل پیچه	سوء هاضمه	ادرار طولانی	بی فوایی	عطسه	خارش پوستی	قرمز چشم	گرفتگی صدا	سرگیجه	
وزوز گوش	آسم	کم اشتهائی	اسهال	فستگی عمومی	دردهنگام ادرار	افسردگی	دانه قرمز پوستی		

نتیجه بدست آمده از انجام آزمایش



گروه آلرژن درخواستی یا پیشنهادی



--	--

دستورالعمل آزمایش تعیین IgE اختصاصی علیه انواع آلرژن‌ها

توجه: فوایشمنند است به کلیه پرسش‌هایی که مربوط به بیماری خاص شما می‌شود پاسخ دهید.

* نام ، سن ، جنس ، آدرس و تلفن بیمار نوشته شود.

* (ارسالی از : نام آزمایشگاه (ارسال کننده به همراه نام شهر نوشته شود. (مانند نور تهران)

* علائم موجود در قسمت‌های مختلف: در هر کدام از اعضای بدن شما که در پرسشنامه ذکر شده، علائمی را که مشاهده می‌نمایید ، نام ببرید.

* ارتباط و ناراحتی شما با عوامل مختلف: عواملی که باعث تشدید بیماری شما می‌شوند را با زدن علامت مشخص کنید.

* شرایط زیستی: در ارتباط با شرایط زیستی به سوالات مربوطه در جای خود پاسخ دهید ، شغل و شرایط خاص شغلی خود را توضیح دهید. مثلاً اگر با ماده خاصی یا شرایط ویژه ای کار می‌کنید ذکر بفرمائید.

* وضعیت سلامتی:

• اگر مبتلا به بیماری هستید ذکر نمایید.

• داروهای مورد استفاده : داروهای را که استفاده می‌کنید تعیین نمائید.

• دانیات : اگر از دانیات استفاده میکنید نوع و تعداد استفاده روزانه خود را بنویسید.

• سابقه آلرژی: اگر آلرژی دارید نام آلرژی خود را بنویسید، و نیز چنانچه سابقه دریافت واکسن داشته اید تاریخ

واکسیناسون خود را قید کنید .

* سوابق خانوادگی: در صورتی که علائم هر کدام از مشکلات آلرژی در اعضای خانواده شما دیده می‌شود، عنوان آلرژی و نسبت فرد مبتلا را مشخص نمایید.

* علایم بیمار: در صورتی که هر کدام از علائم ذکر شده را در خود احساس میکنید ، شدت آن را معلوم کنید. (شدید $\sqrt{\sqrt{}}$ ، متوسط $\sqrt{\sqrt{}}$ ، ففیف $\sqrt{\sqrt{}}$)