

QUESTIONARIO ALLERGOLOGICO

Nome e Cognome

Data

1-Esiste qualche malattia allergica in famiglia? (nonni, genitori, fratelli) Quale?

.....

2-Ha mai avuto malattie della pelle, in particolare dermatite?

.....

3-Ha mai avuto crisi ripetute di prurito localizzato o diffuso?

.....

4-Ha mai avuto orticaria?

.....

5-Ha mai avuto congiuntivite, rinite o asma?

.....

6-Ha mai avuto allergie a cosmetici, profumi, metalli, medicine, vaccini, cibi, bevande o insetti?

.....

Note.....

Firma dell'allieva/o