## АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКАЯ АНКЕТА

ФИО больного -

ФИО контактного лица (если речь идёт о ребёнке) -

Возраст больного -

Место проживания (страна, город) -

Электронная почта -

Телефон -

Скайп -

**Имеются ли у Вас (у Вашего ребёнка) следующие симптомы:**

**Глаза**

Зуд, покраснение

Тени под глазами

Гнойные выделения

**Носоглотка**

Зуд носа и горла

Заложенность носа

Приступы чихания

Ночной храп

**Уши**

Боли

Снижение слуха

Гнойные выделения

**Дыхательные нарушения**

Свистящее дыхание

Приступы ночного кашля

Приступы «лающего» кашля

Удушье после бега, быстрой ходьбы

**Кожные симптомы**

Зуд

Сухость

Трещины

Расчёсы

**Имеется ли у Вас (Вашего ребёнка) установленный врачом диагноз**:

да / нет

**Какой диагноз:**

**Проходили ли Вы (Ваш ребёнок) аллергологическое обследование**:

да / нет

Если «да», то каком году:

**Каким методом проводилось обследование:**

кожные пробы / лабораторные пробы

**К каким аллергенам была выявлена повышенная чувствительность** –

**Аллергические заболевания у двух поколений кровных родственников** (подчеркнуть):

бронхиальная астма, сенная лихорадка, крапивница, экзема, аллергия к укусам насекомых, аллергия к пище, аллергия к лекарствам