

Frågor att besvara inför återbesök på barnallergimottagningen. Frågorna gäller besvär sedan förra besöket på barnallergimottagningen.

Var snäll och fyll i formuläret hemma eller i väntrummet och tag med det till återbesöket, tack!

Namn _____ född _____

Återbesök den _____ ifyllt av _____

Astma	Inga besvär av hosta, tung andning, pip	<input type="radio"/>
	Besvär vid förkylning	<input type="radio"/>
	Besvär vid ansträngning	<input type="radio"/>
	Besvär under pollensäsong (vår, sommar)	<input type="radio"/>
	Besvär vid djurkontakt	<input type="radio"/>
	Natthosta	<input type="radio"/>
	Misstänker ny allergi	<input type="radio"/>
	Använder vid behov medicin mer än 2 ggr/vecka	<input type="radio"/>
Hösnuva	Inga besvär i ögon eller näsa	<input type="radio"/>
	Besvär under våren	<input type="radio"/>
	Besvär under sommaren	<input type="radio"/>
	Hosta under pollensäsongen	<input type="radio"/>
	Misstänker ny allergi	<input type="radio"/>
Eksem	Inget eksem	<input type="radio"/>
	Klåda som stör nattsömn	<input type="radio"/>
	Infektion i huden med småfinnar/vätskning	<input type="radio"/>
	Behövt ta till starkare än hydrokortison	<input type="radio"/>
	Misstänker ny allergi	<input type="radio"/>
Matallergi	Ingen matallergi	<input type="radio"/>
	Ingen ändring sedan föregående gång	<input type="radio"/>
	Mat som helt undviks	

	Mat som givits i "normala" mängder	

Nuvarande mediciner

Namn	Dos	Antal gånger per dag	Behöver recept
------	-----	----------------------	----------------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Vill särskilt prata om _____

