

Matutredning

Förhandsuppgifter familjens ___/___ barn När har symptomen börjat ___

Beskrivning av symptomen

Hud	rodnad _____	Tarmkanalen	uppkastningar _____
	torrhet _____		diarre _____
	klåda _____		förstoppning _____
	nässelutslag _____		magont _____
	eksem _____		
Andning	nysning _____	Annat	oro _____
	täppt näsa _____		nattvak _____
	andnöd _____		kolik _____
	rossel _____		

Aktuella huvudsakliga symptom:

Amning enbart amning ___ månaders ålder, bröstmjök totalt ___ månader
Ersättning första gången ___ månaders ålder

Tilläggsmat påbörjat vid vilken ålder symptom

fruktpure'	_____	_____
potatis	_____	_____
morot	_____	_____
kött	_____	_____
havre	_____	_____
andra sädeslag	_____	_____
ägg	_____	_____

Har ert barn använd napp/nappflaska
nej _____ ja ___/silikon ___/gummi _____

Släkt mor astma ___ hösnuva ___ utslag ___ av läkare konstaterat ___
far astma ___ hösnuva ___ utslag ___ av läkare konstaterat ___
syskon astma ___ hösnuva ___ utslag ___ av läkare konstaterat ___

Husdjur nej ___ ja ___/vad _____
Tobak mor ___ far ___ annan ___/vem ___ ute ___/inne ___

Har ni använt till barnets utslag
kortisonsalva nej ___ ja ___/vilken _____
bassalva nej ___ ja ___/vilken _____