

**Henkilötiedot**

Sukunimi *	Etunimi *
Henkilötunnus *	Puhelinnumero *
Toiset lapset, ikä:	

**Onko perheessä**

1. Astmaa <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, kenellä?	Jos on, niin kenellä?
2. Allergista nuhaa <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, kenellä?	Jos on, niin kenellä?
3. Atooppista ihottumaa (maitorupea, taiveihottumaa) <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, kenellä?	Jos on, niin kenellä?

**LAPSEN MUUT SAIRAUDET**

Pitkäaikaista yskää <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	
Keuhkokuumetta <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	
Keuhkoputkentulehdus <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	
Korvatulehduksia <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	
Poskiontelotulehduksia <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	
Onko leikattu kitarisat <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	milloin
Onko leikattu nielurisat <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	milloin
Onko lääkeallergiaa <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	mille
Muu sairaus?	

**ASUNTO**

Asunto <input type="checkbox"/> Kerrostalo <input type="checkbox"/> Rivitalo <input type="checkbox"/> Omakotitalo	Valmistumis vuosi	Millainen ilmastointi?
Onko tiedossa vesivaurioita tai homehaittoja <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, millaisia?	Millaisia home- tai vesivaurioita?	
Tupakoidaanko kotona <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	Kuka/ketkä perheessä polttavat	Poltetaan <input type="checkbox"/> Sisällä <input type="checkbox"/> Ulkona
Onko lemmikkieläimiä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	Mitä/Mikä?	
Onko karjaa <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	Mitä/Mikä?	
Onko kotona eläinten taljoja, täytettyjä eläimiä, kokolattiamattoja, karvalanka- ja villamattoja, muuta vastaavaa		
Onko päivähoitossa / koulussa astman kannalta haittaavia tekijöitä, kuten pölyisyys, lemmikkieläimiä, tupakointia jne., mitä		

**OIREET**

Atooppinen ihottuma (maitorupi, taiveihottuma) <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	Alkamisikä	Jatkuuko edelleen? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä
Nokkosrokko (urticaria) <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä		
Allergiset silmä- ja nuhaoireet <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	Alkamisikä	Pahimmat kuukaudet
Astma, hengityksen vinkuna ja ahdistava yskä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	Ruksi, mikä pahentaa tai aiheuttaa oireita <input type="checkbox"/> pöly <input type="checkbox"/> siitepöly <input type="checkbox"/> pakkaneen <input type="checkbox"/> kosketus <input type="checkbox"/> eläimiin <input type="checkbox"/> tupakan savu <input type="checkbox"/> voimakkaat tuoksut <input type="checkbox"/> puupöly <input type="checkbox"/> jauhopöly	Jokin muu
Onko ollut hengenahdistusta tai yskää rasituksen yhteydessä		
Ruoka-allergia, mille	Oireet	
Aikaisemmat allergiatutkimukset	Lääkitys viimeaikoina	
Muita tietoja		

**Allekirjoitus ja päivämäärä**

Allekirjoita lomake	Allekirjoitusaika
---------------------	-------------------