

食物アレルギーに関する調査票

氏名 _____
(年 月 日生)

【該当するところにレチェック及び記入をお願いします】

1 食物アレルギーについてお聞きします

- ① 食物アレルギーの原因となる食物は何ですか。

食物名： _____

- ② いつごろから症状がでましたか。(歳 か月頃から)

- ③ 今までどのような症状がでましたか。

発疹 じんま疹 下痢 吐き気・おう吐 ぜいぜいする
鼻づまり 涙 アナフィラキシー アナフィラキシーショック
その他 (_____)

※アナフィラキシー症状の経験がある場合にお答えください。

回数： _____回 最後の発症年月日：平成 _____年 _____月 原因食物： _____

- ④ 現在、除去中の食べ物はありますか。

いいえ はい (食物名： _____)

- ⑤④の除去中の食べ物については、医師の指示を受けて実施していますか。

はい いいえ

- ⑥過去に除去食を行っていたが、現在は食べられるようになった食物はありますか。

いいえ はい (食物名： _____)

2. 食物アレルギーの症状についてお聞きします。

- ① 原因食物を食べた後にどのような症状がおこりますか。

食物名	具体的な症状

- ② 運動により症状を発症したことがありますか。

いいえ

はい → 食事との関係はありますか。 いいえ はい

3 食物アレルギーの治療についてお聞きします。

① 現在、食物アレルギーの治療のために、使用している薬はありますか。

いいえ

はい 外用薬：()

内服薬：()

注射薬：()

② 薬の携帯が必要ですか。

いいえ

はい 薬剤名：()

4 保育所での対応についてお聞きします

① 給食での食物アレルギーによる個別対応が必要ですか。

いいえ

はい

② お子さんの食物アレルギーについて、給食で心配なことがありますか。

また、その他のアレルギーがありましたら、ご記入ください。

(例 ラテックス、ハウスダスト、動物等)

記入年月日： 年 月 日

保護者署名： _____

住所： _____

連絡先： TEL _____