

食物アレルギーに関する調査票

お子さんのお名前 フリガナ (男・女) 生年月日 年 月 日 (歳 カ月)

1. 食物アレルギー以外のアレルギー疾患は、ありますか？

なし アトピー性皮膚炎 気管支喘息 アレルギー性鼻炎 その他 ()

2. 食物アレルギーの原因食物と、食べた後に起こる症状等を記載してください。また、除去状況の欄には、家庭での原因食物の除去状況を下記の番号から選択し、番号を記載してください。

原因食物	年齢(月齢)	具体的な症状	除去状況

【除去状況】① 家庭内では、家族も含め一切食べない。(購入しない)

② 家庭内では、本人は一切食べない。(家族は食べる)

③ 家庭内では、医師の指示のもと原因食品を一定量食べている。

④ その他 ()

3. 原因食物が皮膚についた、あるいは吸い込んだだけで、症状が出たことがありますか？

いいえ はい → 食物名 () 症状 ()

4. 過去には除去を行っていたが、現在は食べることが可能になった食品はありますか？

いいえ はい → 食物名 ()

5. 原因食物を食べたことで、アナフィラキシー*を起こしたことはありますか

*アナフィラキシーとは皮膚・呼吸器・消化器などいくつかの症状が重なる症状です

いいえ はい → 回数 (回) 原因 () 症状 ()

6. 症状が現れた時に、必ず連絡がとれる連絡先を記載してください。

優先順位	氏名	続柄	電話番号	連絡先	特記事項
1				自宅・職場・携帯	
2				自宅・職場・携帯	
3				自宅・職場・携帯	

7. 症状が現れた場合、受診する医療機関を記載してください。(※主治医の了承を得るようお願いします。)

医療機関名 _____ 主治医氏名 _____

医療機関 住所 _____ 電話番号 _____

食物アレルギーのため家庭で気をつけていること、園でも同様に対応して欲しいことがあれば記載してください。

園における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、記載された内容について、職員及び医療機関などの連携機関で情報を共有することに同意します。

記入年月日 _____

保護者署名 _____