

食物アレルギー調査票

年 月 日

お名前		生年月日	(歳)
保護者氏名			

1 医師の診断について

- ・医師の診断を受けたことがありますか。(はい ・ いいえ)
- ・医師の最終診断はいつですか?(年 月 日)
- ・医師から書面での証明はありますか?(はい ・ いいえ)
- (診断書 ・ 食事指示書 ・ 各種検査結果票 ・ その他(受診したことが分かる書類等))

2 アレルギー状況について

原因食品 該当するものすべてに○をつけ、それ以外の食品は具体的に記入	卵・乳・小麦・そば・落花生・あわび・いか・いくら・えび・オレンジ かに・キウイフルーツ・牛肉・くるみ・鮭・さば・大豆・鶏肉・豚肉・ まつたけ・もも・やまいも・りんご・ゼラチン・バナナ その他()
疾病名	
原因食品を食した時に現れる症状	☐ ショック ☐ 咳き込み ☐ 呼吸困難 ☐ 嘔吐・腹痛 ☐ 顔面紅潮 ☐ 蕁麻疹 ☐ 湿疹 ☐ 掻痒感 ☐ 下痢 ☐ その他()

- ・アナフィラキシーショックを起こした経験がありますか?
(はい (年 月頃) ・ いいえ)

3 アレルギー症状を起こした場合の対処法について

対処方法 その他注意点	
----------------	--

4 ご家庭での食事の状況について

- ※該当するものに○をつけ。その他は具体的にご記入ください。
(完全除去食 ・ 体調によって除去 ・ 特に配慮はしていない)

その他 どのような対応をしている か等を記入	
------------------------------	--

5 アレルギー症状への対応について

- ☐内服薬() ☐外用薬() ☐その他()

対応方法 その他注意点	
----------------	--