

食物アレルギーに関する調査票

		記入日	年	月	日	
児童氏名		性別	男	・	女	
生年月日	年	月	日生	(歳	ヶ月)

【主な症状について】

※あてはまるほうに○をしてください

- ・食物アレルギーがありますか (あり ・ なし)
- ・今までに食事をしていてじんましんがでたことがありますか (あり ・ なし)
- ・今までにアナフィラキシーショックをおこしたことがありますか (あり ・ なし)

【食物アレルギーの原因食物について】

※該当する食物の番号、除去食物の摂取状況であてはまるものに○をしてください。

魚の欄のカッコには、除去している魚の名前を記入してください。

また、「摂取可能な加工品」の欄に記載している加工品で、お家から食べているものがあれば○をしてください。記載しているもの以外にも何かありましたら「その他」の欄に記入してください。

除去食物名	除去の程度	摂取可能な加工品等
1 鶏卵	完全除去 ・ 少量摂取可	ハム ・ かまぼこ ・ はんぺん ・ フライの衣 ハンバーグのつなぎ ・ マヨネーズ
2 乳・乳製品	完全除去 ・ 少量摂取可	スキムミルク ・ ヨーグルト ・ チーズ ・ ハム その他()
3 小麦	完全除去 ・ 少量摂取可	ソース ・ ちくわ ・ はんぺん ・ 麦茶 その他()
4 大豆	完全除去 ・ 少量摂取可	しょうゆ ・ みそ ・ ソース ・ サラダ油 その他()
5 そば	完全除去 ・ 少量摂取可	
6 魚()	完全除去 ・ 少量摂取可	かつおだし ・ ちくわ ・ はんぺん ・ かまぼこ その他()
7 ピーナッツ	完全除去 ・ 少量摂取可	
その他の食物: エビ ・ カニ ・ タコ ・ イカ ・ 魚卵 ・ 貝類 ・ 肉類(鶏 ・ 豚 ・ 牛) いも類() ・ ごま ・ 果物()		

【緊急時に備えた処方薬について】

※緊急時に備えた処方薬があれば該当するものに○、または、その他の欄に記入してください。

- 1 内服薬 (抗ヒスタミン薬 ・ ステロイド薬)
- 2 アドレナリン自己注射薬(「エピペン」)
- 3 その他 ()

【緊急医療機関】

医療機関名	
電話番号	