

# 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	少量摂取可能	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	少量摂取可能	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	少量摂取可能	ソース・ちくわ・はんぺん・麦茶 その他( )
4 大豆	完全除去	少量摂取可能	しょうゆ・みそ・ソース・サラダ油 その他( )
5 そば	完全除去	少量摂取可能	
6 魚( )	完全除去	少量摂取可能	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	少量摂取可能	
その他除去している食物: 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	