

# 食物アレルギーに関する調査票(保護者記入用)

お子さんのお名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月)

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 あり( \_\_\_\_\_ )

2. 食物アレルギーの原因食品と、食べた後に起こる症状を記入ください。

食品の項目 食品チェック表の項目を記入	具 体 的 な 症 状

3. 過去に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( \_\_\_\_\_ )

4. 主治医より食物アレルギーについて日常生活で、注意を受けていることがあれば記載してください。

5. 原因食品を食べたことで、アナフィラキシーを起こしたことはありますか？  
いいえ はい → 回数( \_\_\_\_\_ 回)最終の発病年月日( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)  
原因( \_\_\_\_\_ )  
症状( \_\_\_\_\_ )

6. 症状が現れた場合に、処方されている薬がありますか？  
なし あり → 薬名( \_\_\_\_\_ )  
\* 「あり」の場合は、与薬指示書を併せてご提出ください。

7. 園(所)でアナフィラキシー等の症状が現れた時に、連絡が取れる連絡先を記入してください。

優先順位	氏名	続柄	連絡先及び電話番号	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:	

8. 症状が現れた場合、受診する医療機関を記入してください。( \* 主治医の了承を得るようにお願いします)

医療機関名: \_\_\_\_\_ 主治医氏名: \_\_\_\_\_

住所: \_\_\_\_\_ 電話番号: \_\_\_\_\_