

食物アレルギー調査票

記入年月日

年 月 日

(ふ り が な)

名前

生年月日

年

月

日

1、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
 食物アレルギー その他 ()

2、食物アレルギーのある方のみお答えください。

①食物アレルギーをおこす原因食物は何ですか？

食物名：()

②現在除去中の食べ物がありますか？

いいえ はい (食物名：)

③家庭での食事の状況について記入してください。

- 完全除去 一部除去 本人の体調によって除去
 特に配慮をしていない

その他、どのような対応をしているか具体的に記入してください。

[]

④上記質問の除去食などはどなたが判断しましたか？

医師 保護者 その他 ()

⑤過去に除去を行っていたが、現在は食べられるようになった食物はありますか？

いいえ はい (食物名：)

⑥⑤で「はい」と答えた方 それはいつ頃ですか？ (年 月頃)

⑦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)

⑧保育所給食での除去は必要ですか？ はい いいえ

⑨食物アレルギーの症状について、原因食物の摂取後におこる症状をご記入ください。

食物名	症 状
卵	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> はい (具体的症状：)
牛 乳	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> はい (具体的症状：)
小 麦	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> はい (具体的症状：)
	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> はい (具体的症状：)
	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> はい (具体的症状：)
	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> はい (具体的症状：)
	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> はい (具体的症状：)