

様式 1 (表) ～保護者記入～

食物アレルギーに関する調査票

しめい
氏名

(年 月 日生)

【該当するところに✓チェック及び記入をお願いします】

1 食物アレルギーについてお聞きします。

- ① いつごろから症状がでましたか。 (歳 か月頃から)
- ② 今までどのような症状がでましたか。
- ☐ 発疹 ☐ じんま疹 ☐ 下痢 ☐ 吐き気・おう吐 ☐ ぜいぜいする
- ☐ 鼻づまり ☐ 涙 ☐ アナフィラキシー ☐ アナフィラキシーショック
- ☐ その他 ()

※アナフィラキシー症状の経験がある場合にお答えください。

回数: 回 最後の発症年月日: 年 月 原因食物:

- ③ 食物アレルギーの原因となっている食物は何ですか。
食物名:
- ④ 現在、除去中の食べ物はありますか。
☐ いいえ ☐ はい (食物名:)
- ⑤ ④の除去中の食べ物については、医師の指示を受けて実施していますか。
☐ はい ☐ いいえ
- ⑥ 過去に除去食を行っていたが、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:)

2 食物アレルギーについてお聞きします。

- ① 原因食物を食べた後にどのような症状がおこりますか。

食 物 名	症 状
	☐ 不明 ☐ 症状が現れる(具体的な症状:)
	☐ 不明 ☐ 症状が現れる(具体的な症状:)
	☐ 不明 ☐ 症状が現れる(具体的な症状:)
	☐ 不明 ☐ 症状が現れる(具体的な症状:)
	☐ 不明 ☐ 症状が現れる(具体的な症状:)
	☐ 不明 ☐ 症状が現れる(具体的な症状:)
	☐ 不明 ☐ 症状が現れる(具体的な症状:)

- ② 運動により症状を発症したことはありますか。

☐ いいえ

☐ はい → 食事との関係はありますか。 ☐ いいえ ☐ はい

3 食物アレルギーについてお聞きます。

① 現在、食物アレルギーの治療のために、使用している薬はありますか。

☐ いいえ

☐ はい 内服薬:()
吸入薬:()
外用薬:()
注射薬:()

② 薬の携帯が必要ですか。

☐ いいえ

☐ はい 薬剤名:()

4 保育所(園)での対応についてお聞きます。

* 1、2、3の状況のため、給食を食べることが無理であると思われる場合は、食物アレルギーが軽減するまで給食を停止し、家庭から代替食を持参していただきます。(代替食持参の場合でも、代金は返金できません)

① 給食での食物アレルギーによる個別対応が必要ですか。

☐ いいえ

☐ はい → ☐ 献立により、除去食または代替食の持参を希望する
☐ 給食全てを停止し、弁当を持参する

② お子さんの食物アレルギーについて、給食で心配なことがありますか。また、その他のアレルギーがありましたら、ご記入ください。(ex ラテックス、ハウスダスト、動物等)

記入年月日: 年 月 日

保護者署名: _____