

食物アレルギー調査票

園名	園	生年月日	令和 年 月 日 平成・令和 年 月 日 (歳)
(ふりがな) 園児名			
(ふりがな) 保護者名			

(1) 食物アレルギーはありますか (はい ・ いいえ)

(2) 以降は(1)で「はい」に○をつけた方のみ記入してください。

(2) 原因食品は何ですか。(該当するもの全て記入してください。)

(3) 原因食品を食したときに現れる症状はどのようなものですか。(該当するもの全てに○印を付してください。)

・じんましん ・腹痛 ・嘔吐 ・呼吸困難 ・その他の症状()

(4) アナフィラキシーショックを起こした経験がありますか。

→ ※1

(はい (年 月頃) ・ いいえ)

(5) 医師の診断について

①医師の診断を受けたことがありますか。 (はい ・ いいえ)

②医師の最終診断はいつですか。 (年 月 日)

(6) 家庭での食事の状況について

・原因食品をどのようにしていますか。(該当するものに○を記入してください。)

*除去している (・調理の段階で除去 ・本人が除去)

*体調によって除去している (・調理の段階で除去 ・本人が除去)

*加工食品等わずかに入っているものは食べている (具体例:)

*特に配慮していない

*その他 ()

(7) 学校(園)給食での食物アレルギーの対応を必要としますか

(必要とする ・ 必要としない)

(8) 食物アレルギーの対応を必要とする方は住所および連絡先(電話または携帯番号)を記入してください。

住 所	電話番号
-----	------

※1 アナフィラキシーショックとは … アレルギー反応により皮膚症状、消化器症状、呼吸器症状など複数同時に出現し、血圧が下がり意識の低下や脱力を来すような状態に陥ること。