食物アレルギー調査票

令和　　年　　月　　日

園　　名	園	生年月日	平成・令和　　年　　月　　日 （　　歳）
(ふりがな) 園　児　名			
(ふりがな) 保　護　者　名	印		

（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」に〇をつけた方のみご記入ください。

（2）原因食品は何ですか。（該当するものすべ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。（該当するものすべてに〇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。（該当するものに〇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（固定電話または携帯番号）をご記入ください。

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、呼吸器症状などが複数同時に出現し、血圧が下がり意識の低下や脱力をきたすような状態に陥ること。