

食物アレルギー調査票

令和 年 月 日

園児氏名 _____

生年月日 _____ 年 月 日生 男 ・ 女

保護者氏名 _____

食物アレルギーの調査票です。必ず提出してください。

1 食物アレルギーがある。または、以前食物アレルギーがあった。

・ はい（質問3・4・5・6へ） ・ いいえ（質問2へ）

2 1の質問で「いいえ」と答えた方

現在までに“じんましん”や“湿疹”、“息苦しい”などのアレルギー症状が現れたことがある。

・ はい（かかりつけ医の受診をお願いすることがあります） ・ いいえ

食物アレルギーのないお子さんへの質問は、ここで終了です。

切り取らずに、このまま提出してください

3 質問1で「はい」と答えられた方で、原因が特定できている場合は、その原因と症状及び医療機関受診の有無を記入して下さい。

《原因》

《主な症状》

《医療機関への受診の有無》

・ 受診した 病院名 _____

・ 受診していない

4 現在、医師より食物アレルギーの診断を受け、家庭で除去している食品がある。

・ 除去している ・ 特別な除去はしていない

《除去している食品》

《その食品を食べた時の症状》

5 緊急時に備えた処方薬等を医師から処方されていますか。または、今後処方される予定はありますか。

内服薬 ・ はい ・ いいえ ()

エピペン ・ はい ・ いいえ ()

6 幼稚園での除去食を希望しますか。

・ 希望する（医師の診断書を提出していただきます） ・ 希望しない