食物アレルギーに関する調査票

食物アレルギーの有無に関わらず、該当する個所に記入してください。
裏面の「同意事項」欄もご確認願います。

児童名：　　男・女　　生年月日：令和　　年　　月　　日（　　歳）

1　食物アレルギー以外のアレルギー疾患は、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

□　その他（　　）

2　食物アレルギーの原因食品と、食べた後に起こる症状を記入ください。
（除去中の食品は、除去の欄に〇を記入）

食　品　名	具　体　的　な　症　状	除　去

3　現在、ご家庭での食品の除去は、どの程度されてますか？　1つだけ選んでください。

□　家庭内では、家族も含め原因食品は、一切食べていない。（購入しない）

□　原因食品およびその加工品も、本人には一切食べさせない。（家族は食べている）

□　原因食品は食べさせてないが、加工品は食べさせている。
【すべての加工品・調味料のみ・菓子のみ】　←該当するものに〇をつけてください。

□　原因食品は一応、本人には食べさせないようにはしているが、たまには食べさせている。
【調子の良い時・特に気にしない・その他（　　）】←該当するものに〇をつけてください。

□　あまり厳密な除去は行っていない。

□　その他（　　）

4　原因食品が皮膚についた、あるいは吸い込んだだけで、症状が出たことがありますか？

□　いいえ　　□　はい　→　食物名（　　）
症　状（　　）

（裏面があります）

5　過去には除去を行っていたが、現在は食べることが可能になった食品はありますか？

□　いいえ　　□　はい　→　食物名（　　）

6　原因食品を食べたことで、アナフィラキシー（※）を起こしたことはありますか？

□　いいえ　　□　はい　→　・回　数（　　回）・最終の発病年月（　　年　　月）
・原　因（　　）
・症　状（　　）

※アナフィラキシー
食物を食べた後、じんま疹などの皮膚症状、更に呼吸困難や血圧の低下、意識障害などのショック症状が急激に進行し、生命の危機に陥ります。一刻も早く治療しなければならない危険な状態です。

7　食事制限の期間はどのくらいですか？

□　今後６カ月　　□　１年くらい　　□　２年くらい　　□　その他（　　）

8　医療機関への受診について

□　1カ月ごと　　□　3か月ごと　　□　その他（　　）

9　症状が現れた場合、受診する医療機関を記入してください。
※主治医の了承を得るようお願いします。

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿　主治医氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関　住所＿＿＿＿＿＿＿＿　電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿

10　同意事項

認定こども園または保育所における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため記載された内容について、えりも町、医療機関及び認定こども園・保育所運営に係る関係者で情報を共有することに同意します。

令和　　年　　月　　日

保護者名

（裏面があります）