

記入日 年 月 日

食物アレルギーの状況調査票

児童氏名		記入者氏名	
アレルギー症状が出たことがありますか 有 無			
何の食品で症状が出ましたか( ) 触れて出ましたか。食べて出ましたか( 触れて ・ 食べて ) 発症年齢( 歳)、発症した月日( 月 日) 発症した場所( 自宅、その他: ) 食べてからどのくらいで症状が出ましたか( 分後) どのような症状が出ましたか(その当時 ) どのような対応をしましたか( ) 現在の症状およびアレルギーのある食品を食べた場合の症状を詳しく記入してください 除去食のレベルについても記入してください ( 記入例: 食材そのものは禁止されているが、混ざっているものなら大丈夫等 )			
上記の症状で病院を受診しましたか 有 ・ 無			
受診病院名	( )		
投薬状況	無 有( ) エピペン(与薬依頼書提出)		
アレルギー検査	未受 受( 年 月: 受診結果 )		
現在の除去食品 (該当食品のみ)	食べた時の症状	接触による症状	加工品
卵		出る・出ない・不明	可・不可
牛乳・乳製品		出る・出ない・不明	可・不可
小麦		出る・出ない・不明	可・不可
蕎麦		出る・出ない・不明	可・不可
ピーナッツ		出る・出ない・不明	可・不可
大豆		出る・出ない・不明	可・不可
ごま		出る・出ない・不明	可・不可
甲殻類		出る・出ない・不明	可・不可
魚類		出る・出ない・不明	可・不可
果物類		出る・出ない・不明	可・不可
その他		出る・出ない・不明	可・不可
アナフィラキシー	無 有( 発症時期 年 月)		
職員記入欄			