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

食物アレルギー症状が出たことがありますか　□ 有　□ 無

アナフィラキシー　□ 無　□ 有（発症時期　　年　　月）

エピペンは処方されていますか　□ 無　□ 有（与薬依頼書提出）

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　　ヵ月）、発症した日（　　年　　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（　　）

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（　　）

アレルギー検査を受けたことはありますか

□ 未受　□ 受（　　年　　月：受診結果　　）

現在の症状・アレルギーのある食品を食べた場合の症状について詳しく記入してください。

（　　）

除去食レベル　記入例：完全除去、中心までしっかり加熱すれば食べられる、少量から試している等

（　　）

現在の除去食品 （該当時✓・品名記載）	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
□ 大豆		出る・出ない・不明	可・不可
□ ごま		出る・出ない・不明	可・不可
□ ナッツ類 （　　）		出る・出ない・不明	可・不可
□ 魚類・甲殻類 （　　）		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

職員記入欄