

アレルギーに関する調査票

(フリガナ)

お子さんのお名前 _____ (男・女) 生年月日 _____ 年 月 日 (歳 か月)

1. 食物アレルギーは、ありますか？ はい いいえ

2. 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 (_____)

3. 当施設の給食を希望されますか？ はい いいえ

給食を希望される方のみ以下の設問にお答えください。



4. 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○を記入)

食品名	具体的な症状	除去

5. 現在、ご家庭での食品の除去は、どの程度されていますか？ 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。
 原因食品は一応本人には食べさせないようにしているが、たまには食べさせている。
 あまり厳密な除去は行っていない。
 その他 (_____)

6. 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 (_____)

7. 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) 最終の発病年月日 (_____ 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くてはならない重篤な状態です。

