

# 食物アレルギー等に関する調査票

ふりがな  
児童名： \_\_\_\_\_（男・女）

生年月日： \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

← こちら側のみ記入してください

こちら側には記入しないでください →

## ●食事に配慮が必要な理由とその内容

- 食物アレルギー
  - 卵（生卵・非加熱卵・加熱卵）
  - 牛乳・乳製品       小麦
  - その他
- 宗教的な配慮
  - 牛肉（エキス不可）    豚肉（エキス不可）
  - その他
- その他

## ☑食物アレルギーがある場合

1、 医師による診察を受けたことがありますか。

いいえ

はい

医療機関名： \_\_\_\_\_

受診時期： \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月頃

指導内容： \_\_\_\_\_

生活管理指導表提出状況

提出済

未提出：配付済

（提出予定日：

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日）

対応不要

2、 食物アレルギーを起こす原因食物と摂取後に起こる症状は何ですか。

食物名	症 状	発症年齢

食品の摂取状況

卵（生・加熱・非加熱）

乳    小麦    大豆

3、 症状が起きた場合、どのように対処していますか。

対処方法

\_\_\_\_\_

4、過去に除去食を行っていたが、現在は食べられるようになった食べ物はありますか。

いいえ

はい (食物名: \_\_\_\_\_)

5、定期的に受診していますか。

いいえ

はい (受診頻度: \_\_\_\_\_ 回 / \_\_\_\_\_ か月)

6、アナフィラキシーの既往はありますか？

対応可能・不可

いいえ

はい (回数: \_\_\_\_\_ 回 ・ 最後の発症年月: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)

(原因食物: \_\_\_\_\_)

(症状: \_\_\_\_\_)

7、万が一、誤食した時の薬は処方されていますか。

いいえ

はい (  エピペン  内服薬 ( \_\_\_\_\_ ) )

8、主治医より生活面について、注意を受けていることはありますか。

いいえ

はい 指導内容 ( \_\_\_\_\_ )

9、その他、要望事項等

-----  
 -----  
 -----  
 -----

●保育園の給食における除去食の希望について

保育園の給食で除去食を希望しますか。

いいえ

はい

面接日:

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

記入年月日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

面接担当: \_\_\_\_\_

保護者署名: \_\_\_\_\_