

食　物　ア　レ　ル　ギ－　調　査　票

記入日　　　　　　 年 月 日

児童名	生年月日	R 年 月 日（現在 歳 か月）
１ 家族に食物アレルギーの人がいますか？ ☐ いない ☐ いる（ ）例：兄 ※入所・入園希望児童に食物アレルギーがない場合は提出不要です。		
２ アレルギー反応は、いつ頃、どの部分に、どのような症状であられましたか？ ・いつ （ ）歳頃 ・どこに ☐ 顔面 ☐ 手・足のくびれ ☐ 胸部・腹部 ☐ 身体全身 ☐ その他（ ） ・どのような症状であられますか？		
３ 原因はどのような食べ物でしたか？ ☐ 牛乳・乳製品 ☐ 卵 ☐ 小麦 ☐ 甲殻類(えび・かに) ☐ 果物（ ） ☐ そば ☐ その他（ ）		
４ 現在は、何をどのくらい食べると発症しますか？		
５ 現在は、どの部分に、どのような症状があらわれますか？ ・どこに ☐ 顔面 ☐ 手・足のくびれ ☐ 胸部・腹部 ☐ 身体全身 ☐ その他（ ） ・どのような症状であられましたか？		
６ このことで医師に相談したことがありますか？ ☐ ない ☐ ある 病院名（ ）		
７ ６で『ある』と答えた場合 ・食事に関して医師の指導はどのようなことでしたか？ ・通院の状況はどうですか？ ・現在、服薬をしていますか？ ☐ していない ☐ している／薬の内容（ ） ・自己注射が可能な「エピペン®」(エピネフリン自己注射薬)を処方されていますか？ ☐ されていない ☐ されている		
８ ６で『ない』と答えた場合 ・家庭ではどのように対応していますか？		
９ 保育所生活で特に注意することがありますか？		
１０ 給食等の個別対応について ☐ 必要なし ☐ 必要あり ※除去食などの個別対応が必要な場合は、定期的に医師記載の生活管理指導表等の提出が必要です。		

※個別対応が必要な場合、事前に入所希望の保育所で対応可能かしかりと確認してください。