

食 物 ア レ ル ギ ー 調 査 票

生年月日 平成 年 月 日生 (男・女) 氏名 ()

記入日 令和3年 月 日 保護者氏名 ()

1 現在、食物アレルギーがありますか
ない ある→(いつから 才から)(食品名)
 2 過去に除去をしていたが、現在は食べられるようになった食品がありますか
ない ある(食品名)

3 現在、除去をしている食品とそれを食べたときに出る症状

食品名		除去の程度	症状
除去する食品に○、その他は()に記入		微量混入・製造ライン使用	
例(肉類)	豚肉、鶏肉、(牛肉)	<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	口の中のかゆみ、発疹
卵	加熱鶏卵、加熱うずら卵	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
乳		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
小麦	小麦、大麦	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
そば		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
落花生		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
種実類	ごま、アーモンド、くるみ、栗()	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
甲殻類	えび、かに	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
軟体類	いか、たこ	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
果物類	りんご、柑橘類、パイナップル、全て()	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
魚類	さば、あじ、さけ、ます、さわら、全て、魚卵()	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
肉類	豚肉、鶏肉、牛肉	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
その他	大豆、貝類、()	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
油	菜種油、ごま油、大豆油、桐アブ油、揚げ油の共有	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	

現在食物アレルギーがある場合のみ、お答えください。

- 4 運動後に症状が出たことがありますか
ない ある→(食事との関連あり 食事との関連ない 不明)
- 5 アナフィラキシー症状の経験がある場合にお答えください。
ない ある→(回数 回、最終発症年月： 年 月、原因：)
 (症状：)
- 6 現在、食物アレルギーの治療のために使用している薬はありますか
ない ある→内服薬等()
エピペン(使用した回数 回、最終使用日 年 月 日)
- 7 学校に携帯を希望する薬はありますか
ない ある→(薬剤名)
- 8 主治医から運動などの日常生活の中で注意を受けていることがありますか
ない ある→()
- 9 小学校・特別支援学校の学校給食において個別対応を希望しますか
 はい→対応方法は面談後決定 いいえ→通常の給食を食べる 毎日弁当持参