

食物アレルギー調査票

記入日 令和 年 月 日

児 童 名		性 別	男・女
生 年 月 日	年 月 日生 (現在 歳 ヶ月)	第 子	

お子さんに、食物アレルギーがありますか。 (はい ・ いいえ)

※「はい」の場合は、下記の質問事項にお答え下さい。

1 家族に食物アレルギーの人がいますか？ <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (父 ・ 母 ・ 兄弟 ・ 姉妹 ・ 祖父 ・ 祖母)
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 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 手・足のくびれ <input type="checkbox"/> 胸部・腹部 <input type="checkbox"/> 身体全身 <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 米 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 手・足のくびれ <input type="checkbox"/> 胸部・腹部 <input type="checkbox"/> 身体全身 <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している 薬の内容 ()
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 園生活で特に注意することがありますか？