

※申請児童に食物アレルギーがない場合は提出不要です。

食物アレルギー調査票

記入日：令和 年 月 日

申請児童	フリガナ		生 年 月 日	令和	年	月	日
	氏 名						

●該当する箇所に☑を付け、必要事項を御記入ください。本調査票は、入所時に施設へ提供します。

1 アレルギー反応のある食べ物はどのようなものですか

卵 乳 小麦 えび かに 落花生 そば くるみ カシューナッツ アーモンド いか
オレンジ マカダミアナッツ キウイフルーツ 牛肉 ごま さけ さば あわび いくら 大豆
鶏肉 バナナ 豚肉 もも やまいも りんご ゼラチン ピスタチオ
その他()

2 このことについて、医師に相談したことはありますか。

☐ある→病院名 ()
☐ない→ご家庭での対応()

3 給食等の個別対応について

・施設で提供する食事について、個別対応が必要ですか。

☐必要ない
☐必要あり
→ ☐完全除去
☐その他()

※「加熱していれば除去不要」など具体的に御記入ください。

・アレルギー対応について、希望施設へ相談しましたか。

☐相談した ☐これから相談するつもりである ☐相談していない

※内容によって、施設で個別対応ができない場合や、お弁当等の持ち込みをお願いする場合があります。
※入所施設からアレルギー対応について相談があった場合は、応じていただくよう、お願いいたします。

4 医師の指導について

・食事についてどのように指導されていますか。

・食事以外に、施設での生活で注意することがありますか。

・通院の状況はどのようなものですか。

・食物アレルギーのために服用している薬はありますか。

☐ない ☐ある 薬の名前() 形状：☐粉 ☐錠剤 ☐その他()

・「エピペン®」の処方されていますか。

☐されていない ☐されている

※裏面も御確認ください。

5 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 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 全身 ☐ その他 ()	
・症状 ()	
6 アナフィラキシーショックを起こしたことはありますか。また、それはいつどのような症状がありましたか。	
☐ ない ☐ ある	
・いつ ()歳頃	
・発症のきっかけ ()	
・症状 ()	
7 現在は、何をどのくらい、どうすると発症しますか。また、どのような症状があらわれますか。	
・何を ()	
・どのくらい ()	
・どうすると ☐ 飲食 ☐ 接触 ☐ 吸引 ☐ その他()	
・症状 ()	

施設入所後、対象食物が追加となった、除去が不要になった、など状況の変化がありましたら、施設へ必ずご連絡ください。