

食物アレルギーに関する調査表

児童名 _____ 生年月日：平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者名 _____ 記入日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

アレルギーの種類 もしくは診断名			
かかりつけ医	病院名 ☎	医師名 (※休診日 _____)	
緊急時の受け入れ	体調の急変や万が一誤食した場合、アナフィラキシー症状が疑われる場合等 病院名 ☎		
緊急連絡先 ※連絡が取りやすい連絡先を順に記入してください 優先順位1 (続柄 _____ 氏名 _____ ☎ _____ 到着目安時間 _____) 優先順位2 (続柄 _____ 氏名 _____ ☎ _____ 到着目安時間 _____) 優先順位3 (続柄 _____ 氏名 _____ ☎ _____ 到着目安時間 _____) 優先順位4 (続柄 _____ 氏名 _____ ☎ _____ 到着目安時間 _____) 優先順位5 (続柄 _____ 氏名 _____ ☎ _____ 到着目安時間 _____)			
アレルギーの状況、治療及び発症時の対応 ○定期的に受診をしていますか はい・いいえ 週(_____)回・月(_____)回・年(_____)回・不定期 ○現在除去している、または以前除去していたことがあるアレルギーの原因食品は何ですか 食品名(_____) 除去開始(_____)年(_____)月～解除(_____)年(_____)月 食品名(_____) 除去開始(_____)年(_____)月～解除(_____)年(_____)月 食品名(_____) 除去開始(_____)年(_____)月～解除(_____)年(_____)月 食品名(_____) 除去開始(_____)年(_____)月～解除(_____)年(_____)月 ○薬を使っていますか はい・いいえ 薬品名(_____) 使用時(朝・昼・夕・寝る前・発症時・その他 _____) 薬品名(_____) 使用時(朝・昼・夕・寝る前・発症時・その他 _____) 薬品名(_____) 使用時(朝・昼・夕・寝る前・発症時・その他 _____) 薬品名(_____) 使用時(朝・昼・夕・寝る前・発症時・その他 _____) ○症状が出た時や誤食をした時など、緊急時の対応について 主な症状・部位と時間的な経過について具体的に記入してください。 <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> 直ちに救急搬送・直ちにかかりつけ医受診・薬剤を使用し経過観察・状況によって受診 (_____)			

初発の 症状に ついて	<p>○いつごろ、症状が出ましたか ()年()月 ()歳()か月頃</p> <p>○どのような症状が出ましたか ※複数ある場合、全てに○をしてください 発疹・じんましん・かゆみ・腹痛・下痢・嘔吐・咳・喘鳴・アナフィラキシー症状 アナフィラキシーショック・その他()</p> <p>症状出現部位・程度()</p> <p>○発症の原因となった食品は何ですか 食品名()・不明</p> <p>○病院を受診しましたか しない・した 病院名()</p> <p>○検査はしましたか しない・した ()</p> <p>○病院では何といわれましたか ()</p>	
経過に ついて	<p>○今まで何回位、症状が出ましたか 現在に近い発症から記入してください</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ()年()月 ()歳()か月 原因となる食品() 症状と経過() ・ ()年()月 ()歳()か月 原因となる食品() 症状と経過() ・ ()年()月 ()歳()か月 原因となる食品() 症状と経過() ・ ()年()月 ()歳()か月 原因となる食品() 症状と経過() ・ ()年()月 ()歳()か月 原因となる食品() 症状と経過() <p>○運動によって症状が出たことがありますか ない・ある()年()月</p> <p>○薬の処方がありますか ない・ある ()年()月～ 薬を使った後の症状の経過を記入してください ()</p>	
家族歴	<p>○家族の中でアレルギー疾患がある、あった方はいますか いない・いる</p> <p>続柄：父・母・兄弟・姉妹・祖父母・その他()</p> <p>病名：食物アレルギー・喘息・アトピー性皮膚炎・他 ()</p>	
特記事項		
※施設 確認欄	アレルギー除去食の希望の有無	希望有り・希望無し・弁当持参・一部持参
	薬の預かり希望の有無	希望有り・希望無し

食物アレルギーに関する調査表(記入見本④)

児童名 〇〇田 〇〇 生年月日： 平成・令和 〇〇年 〇月 〇日

保護者名 〇〇田 〇〇也 記入日： 令和 〇年 〇月 〇日

アレルギーの種類 もしくは診断名	〇〇アレルギー		
かかりつけ医	病院名 <u>△△病院</u>	医師名 <u>△△ △△</u>	
	☎ <u>000-0000-0000</u> (※休診日 <u>日、祝日</u>)		
緊急時の受け入れ	体調の急変や万が一誤食した場合、アナフィラキシー症状が疑われる場合等		
	病院名 <u>△△病院</u>	☎ <u>000-0000</u>	
緊急連絡先 ※連絡が取りやすい連絡先を順に記入してください			
優先順位1 (続柄 <u>母</u>)	氏名 <u>〇〇田 〇美</u>	☎ <u>000-0000-0000</u>	携帯 到着目安時間 <u>40分</u>
優先順位2 (続柄 <u>父</u>)	氏名 <u>〇〇田 〇也</u>	☎ <u>00-0000-0000</u>	会社 到着目安時間 <u>80分</u>
優先順位3 (続柄 <u>父</u>)	氏名 <u>〇〇田 〇也</u>	☎ <u>000-0000-0000</u>	携帯 到着目安時間 <u>80分</u>
優先順位4 (続柄 <u>祖母</u>)	氏名 <u>〇〇 〇〇子</u>	☎ <u>000-0000-0000</u>	携帯 到着目安時間 <u>10分</u>
優先順位5 (続柄 <u>母</u>)	氏名 <u>〇〇田 〇美</u>	☎ <u>000-0000</u>	職場 到着目安時間 <u>40分</u>
アレルギーの状況、治療及び発症時の対応			
○定期的に受診をしていますか <u>はい</u> ・いいえ			
週()回・月()回・年(<u>4</u>)回・不定期			
○現在除去している、または以前除去していたことがあるアレルギーの原因食品は何ですか			
食品名(<u>鶏卵</u>) 開始(<u>00</u>)年(<u>4</u>)月 ~ 解除(<u>00</u>)年(<u>12</u>)月			
食品名(<u>牛乳・乳製品</u>) 開始(<u>00</u>)年(<u>5</u>)月 ~ 解除()年()月			
食品名() 開始()年()月 ~ 解除()年()月			
食品名() 開始()年()月 ~ 解除()年()月			
○薬を使っていますか <u>はい</u> ・いいえ			
薬品名(<u>〇〇〇〇</u>) 使用時(朝・昼・ <u>夕</u> ・寝る前・発症時・その他)			
薬品名(<u>△△△△</u>) 使用時(朝・昼・夕・寝る前・ <u>発症時</u> ・その他)			
薬品名() 使用時(朝・昼・夕・寝る前・発症時・その他)			
薬品名() 使用時(朝・昼・夕・寝る前・発症時・その他)			
○症状が出た時や誤食をした時など、緊急時の対応について			
主な症状・部位と時間的な経過について具体的に記入してください。			
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>食後 10 分位で口の周りが赤くなり、かゆみを訴える。すぐに△△△△を飲ませる。 通常は 30 分位で症状がおさまるので、様子を見ている。何かあったら連絡をしてほしい。</p> </div>			
直ちに救急搬送・直ちにかかりつけ医受診・ <u>薬剤を使用し経過観察</u> 状況によって受診 ()			

初発の 症状に ついて	<p>○いつごろ、症状が出ましたか (00)年(4)月 (1)歳(0)か月</p> <p>○どのような症状が出ましたか ※複数ある場合、全てに○をしてください</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/>発疹・じんましん・<input checked="" type="checkbox"/>かゆみ・腹痛・下痢・嘔吐・咳・喘鳴・アナフィラキシー症状 アナフィラキシーショック・その他() 部位・程度() </p> <p>○発症の原因となった食品は何ですか</p> <p>食品名(鶏卵)・不明</p> <p>○病院を受診しましたか しない・<input checked="" type="checkbox"/>した 病院名(△△病院)</p> <p>○検査はしましたか しない・<input checked="" type="checkbox"/>した (血液検査)</p> <p>○病院では何といわれましたか</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> 卵、牛乳による食物アレルギー </div>	
経過に ついて	<p>○今まで何回位、症状が出ましたか</p> <p>現在に近い発症から記入してください</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ (00)年(5)月 (1)歳(1)か月 原因となる食品(卵) 症状と経過(卵を食べて 30 分位で蕁麻疹が出た。処方薬△△を飲ませ、30 分位で症状が治まった) ・ ()年()月 ()歳()か月 原因となる食品() 症状と経過() ・ ()年()月 ()歳()ヶ月 原因となる食品() 症状と経過() ・ ()年()月 ()歳()ヶ月 原因となる食品() 症状と経過() ・ ()年()月 ()歳()ヶ月 原因となる食品() 症状と経過() <p>○運動によって症状が出たことがありますか <input checked="" type="checkbox"/>ない・ある()年()月</p> <p>○薬の処方がありますか ない・<input checked="" type="checkbox"/>ある(00)年(4)月～</p> <p>薬を使った後の症状の経過を記入してください</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> 30 分位で症状が治まる、念のため、かかりつけ医を受診する </div>	
家族歴	<p>○家族の中でアレルギー疾患がある、あった方はいますか いない・<input checked="" type="checkbox"/>いる</p> <p>続柄: <input checked="" type="checkbox"/>父・母・兄弟・姉妹・祖父母・その他()</p> <p>病名: 食物アレルギー・喘息・<input checked="" type="checkbox"/>アトピー性皮膚炎・他 ()</p>	
特記事項		
※施設 確認欄	アレルギー除去食の希望の有無	希望有り・希望無し・弁当持参・一部持参
	薬の預かり希望の有無	希望有り・希望無し

食物アレルギーに関する調査表(記入見本⑥)

※給食対応はしないが家庭でアレルギー食品の除去を行っている方(生卵、カニ、そば等)

児童名 〇〇田 〇〇 生年月日: 平成・令和 〇〇年 〇月 〇日

保護者名 〇〇田 〇〇也 記入日: 令和 〇年 〇月 〇日

アレルギーの種類 もしくは診断名	〇〇アレルギー		※家族にアレルギーがあって予防的に除去を行っている場合、新たな受診の必要はありません。	
かかりつけ医	病院名 <u>△△病院</u>	医師名 <u>△△ △△</u>		
	☎ <u>000-0000-0000</u> (※休診日 <u>日、祝日</u>)			
緊急時の受け入れ	体調の急変や万が一誤食した場合、アナフィラキシー症状が疑われる場合等			
	病院名 <u>△△病院</u>	☎ <u>000-0000</u>		
緊急連絡先 ※連絡が取りやすい連絡先を順に記入してください				
優先順位1 (続柄 <u>母</u>)	氏名 <u>〇〇田 〇美</u>	☎ <u>000-0000-0000</u>	携帯	到着目安時間 <u>40分</u>
優先順位2 (続柄 <u>父</u>)	氏名 <u>〇〇田 〇也</u>	☎ <u>00-0000-0000</u>	会社	到着目安時間 <u>80分</u>
優先順位3 (続柄 <u>父</u>)	氏名 <u>〇〇田 〇也</u>	☎ <u>000-0000-0000</u>	携帯	到着目安時間 <u>80分</u>
優先順位4 (続柄)	氏名	☎		到着目安時間
優先順位5 (続柄)	氏名	☎		到着目安時間
アレルギーの状況、治療及び発症時の対応				
○定期的に受診をしていますか はい・ <u>いいえ</u>				
週()回・月()回・年()回・ <u>不定期</u>				
○現在除去している、または以前除去していたことがあるアレルギーの原因食品は何ですか				
食品名(<u>カニ</u>)	開始(<u>00</u>)年(<u>4</u>)月	～解除()年()月		
食品名(<u>そば</u>)	開始(<u>00</u>)年(<u>5</u>)月	～解除()年()月		
食品名()	開始()年()月	～解除()年()月		
食品名()	開始()年()月	～解除()年()月		
○薬を使っていますか はい・ <u>いいえ</u>				
薬品名()	使用時(<u>朝・昼・夕・寝る前・発症時・その他</u>)			
薬品名()	使用時(<u>朝・昼・夕・寝る前・発症時・その他</u>)			
薬品名()	使用時(<u>朝・昼・夕・寝る前・発症時・その他</u>)			
薬品名()	使用時(<u>朝・昼・夕・寝る前・発症時・その他</u>)			
○症状が出た時や誤食をした時など、緊急時の対応について				
主な症状・部位と時間的な経過について具体的に記入してください。				
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>				
直ちに救急搬送・直ちにかかりつけ医受診・薬剤を使用し経過観察・状況によって受診				
()				

初発の 症状に ついて	<p>○いつごろ、症状が出ましたか (00)年(4)月 (2)歳(0)ヶ月</p> <p>○どのような症状が出ましたか ※複数ある場合、全てに○をしてください</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>発疹・じんましん・かゆみ・腹痛・下痢・嘔吐・咳・喘鳴・アナフィラキシー症状 アナフィラキシーショック・その他()</p> <p>部位・程度(口の周りが赤くなった)</p> <p>○発症の原因となった食品は何ですか</p> <p>食品名(カニクリームコロッケ)・不明</p> <p>○病院を受診しましたか <input type="checkbox"/>しない・<input checked="" type="checkbox"/>した 病院名(△△病院)</p> <p>○検査はしましたか <input checked="" type="checkbox"/>しない・<input type="checkbox"/>した ()</p> <p>○病院では何といわれましたか</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>アレルギーかもしれないがまだ小さいのでしばらく食べさせないようにと言われ、 その後は食べさせていない。</p> </div>	
経過に ついて	<p>○今まで何回位、症状が出ましたか</p> <p>現在に近い発症から記入してください</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ (00)年(4)月 (2)歳(0)ヶ月 原因となる食品(カニクリームコロッケ) 症状と経過(口の周りに発疹が出たが、1時間くらいで良くなった) ・ ()年()月 ()歳()ヶ月 原因となる食品() 症状と経過() ・ ()年()月 ()歳()ヶ月 原因となる食品() 症状と経過() ・ ()年()月 ()歳()ヶ月 原因となる食品() 症状と経過() ・ ()年()月 ()歳()ヶ月 原因となる食品() 症状と経過() <p>○運動によって症状が出たことがありますか <input checked="" type="checkbox"/>ない・ある()年()月</p> <p>○薬の処方がありますか <input checked="" type="checkbox"/>ない・ある ()年()月～</p> <p>薬を使った後の症状の経過を記入してください</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>	
家族歴	<p>○家族の中でアレルギー疾患がある、あった方はいますか <input type="checkbox"/>いない・<input checked="" type="checkbox"/>いる</p> <p>続柄: 父・<input checked="" type="checkbox"/>母・兄弟・姉妹・祖父母・その他()</p> <p>病名: <input checked="" type="checkbox"/>食物アレルギー・喘息・アトピー性皮膚炎・他 (エビ・カニ・そば)</p>	
特記事項		
※施設 確認欄	アレルギー除去食の希望の有無	希望有り・希望無し・弁当持参・一部持参
	薬の預かり希望の有無	希望有り・希望無し