

アレルギーに関する調査表

記入日 平成 年 月 日

保護者住所 _____

保護者氏名 _____

電話番号 _____

※必要事項を記入し、該当する箇所には☑をつけてください

ふりがな 園児氏名		生年月日 性別	平成 年 月 日生 ☐ 男 ☐ 女
食物アレルギーの有無	☐ 有 ☐ 無	食物アレルギー以外の 有無	☐ 有 ☐ 無
食物アレルギーで医師 の診察を受けたことが ありますか？	☐ 有 ☐ 無	初診は何歳ごろです か？	歳 ヶ月
検査を受けましたか？	☐ 受けた ☐ 受けていない	最近はいつ頃受診しま したか？	平成 年 月 日
かかりうけの病院名		主治医	
●食物アレルギーの方のみお答えください			
①制限している食品名及び症状等 食品名 症状 例：(卵) — (じんましん)		③アナフィラキシーは有りますか？ ☐ 有 (原因となる食物 _____) ☐ 無	
食品名 症状 () — () () — () () — () () — () () — ()		④除去根拠 ☐ 医師の判断 ☐ 保護者の判断 ☐ その他 ()	
②症状の頻度 ☐ 必ずでる ☐ ときどきでる ☐ その他 ()		⑤制限食品の対応 ☐ 一切食べていない ☐ 少量食べている ☐ その他 ()	