

アレルギーに関する調査表

記入日 令和 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、該当する箇所にをつけてください

ふりがな 園児氏名		生年月日 性別	年 月 日生 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
食物アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	食物アレルギー以外の 有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	初診は何歳ごろです か？	歳 ヶ月
検査を受けましたか？	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない	最近はいつ頃受診しま したか？	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 <small>食品名 症状</small> 例：(卵) — (じんましん) 食品名 症状 () — () () — () () — () () — () () — () ②症状の頻度 <input type="checkbox"/> 必ずでる <input type="checkbox"/> ときどきでる <input type="checkbox"/> その他 ()		③アナフィラキシーはありますか？ <input type="checkbox"/> 有 (原因となる食物 _____) <input type="checkbox"/> 無 ④除去根拠 <input type="checkbox"/> 医師の判断 <input type="checkbox"/> 保護者の判断 <input type="checkbox"/> その他 () ⑤制限食品の対応 <input type="checkbox"/> 一切食べていない <input type="checkbox"/> 少量食べている <input type="checkbox"/> その他 ()	