

食物アレルギーに関する調査票（保護者記入用）

児童氏名： _____ 年齢 _____ 性別 男 ・ 女 _____

アレルギー疾患について

1. 医療機関で診断されたアレルギー疾患がありますか？
- 食物アレルギー アトピー性皮膚炎 気管支喘息 花粉症
アレルギー性鼻炎 アレルギー性結膜炎 その他（ _____ ）
2. アレルギー症状を起こす原因は何ですか？
- 食物（種類は質問3で） ハウスダスト ペットのフケ
花粉 ラテックスゴム 薬剤 その他（ _____ ）

3. 食物アレルギーの原因食物について

- (1) これまでに食物でアレルギー症状を起こしたことがありますか？
- いいえ 離乳期前～途中でまだあげていない はい
- はい と答えた原因食品と症状について
原因食物にし（食品名）と下のアレルギー症状の番号をいれてください
- | 食物名：具体的な食品 | 症状番号 |
|----------------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> 卵：食品 | (_____) (_____) |
| <input type="checkbox"/> 牛乳：食品 | (_____) (_____) |
| <input type="checkbox"/> 小麦：食品 | (_____) (_____) |
| <input type="checkbox"/> 大豆：食品 | (_____) (_____) |
| <input type="checkbox"/> 魚：食品 | (_____) (_____) |
| <input type="checkbox"/> ピーナツ：食品 | (_____) (_____) |
| <input type="checkbox"/> その他：食品 | (_____) (_____) |

アレルギー症状 食べてすぐから2時間程度で

- ①ぐったりした（ショック）
 - ②咳き込み
 - ③ゼイゼイした
 - ④吐いた、お腹を痛がった
 - ⑤顔が赤くなった
 - ⑥じんましんが出た
 - ⑦かゆがった
 - ⑧その他（ _____ ）
- 数時間以上～翌日に ⑧湿疹が出た ⑨かゆがった ⑩下痢した

(2) 現在 除去中の食品とその理由について

- 症状がでたため除去中（上記食物）
- 症状は不明だが検査で陽性のため除去指導を受けている
- （食品 _____ ）
- アレルギー症状が出るのが心配で食べさせていない
- （食品 _____ ）
- 除去食物の中で食べられるようになった食品がある
- （ _____ ）

4. 食物アレルギーの検査を受けたことがありますか？

- | | | |
|--------|------------------------------|-----------------------------|
| 血液検査 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 皮膚テスト | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 経口負荷試験 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |

5. 食物アレルギーの治療薬がありますか？

- 定期的な内服薬がある
- アレルギー症状が出たときに内服する薬がある（薬名 _____）
これらを保育所（園）での保管・投薬を希望しますか？
- 希望する（食前 _____ 頓用 _____）
いいえ
- 自己注射器エピペンを持っている
アナフィラキシー発症の対応として
- 保管を希望する
必要なとき、注射を希望する
家族が来て対応する

6. 給食の対応について

(1) 除去食を希望しますか？

- はい（食品： _____）
いいえ

(2) 献立によって対応がむずかしい場合は弁当持参をお願いする事があります。

- 承諾する
承諾しない（理由： _____）

(3) 乳児のお子さんの離乳食はすすんでいますか？

- はい
すすまずに困っています（理由： _____）

7. 園での行事や生活面で配慮してもらいたいことがありますか？

- アレルギーの接触を避けてほしい（○）
- お菓子作り
小麦粘土
牛乳パックの処理
豆まき
ゴム風船
ペット（犬 猫 その他の動物 _____）
- 新しいペンキの塗装や直後

8. その他の希望（ _____ ）

記入日 平成 年 月 日

保護者 署名

印