様式５

□　食物アレルギー調査票

この調査票は、お子様の食物アレルギーの状況についてご記入いただくものです。

記　入　日：平成　　年　　月　　日

記入者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【　父　・　母　・　祖父　・　祖母　・その他（　　）】

園　児　氏　名	ふりがな	男　・　女
生　年　月　日	平成　　年　　月　　日生【　　才　ヶ月】	第　　子

▼受信状況について

かかりつけ医院	
食物アレルギーについて 医師に相談していますか？	□　相談していない □　相談している　⇒どのような診断・指導がありましたか？ 【　　】
食物アレルギー検査を 受けたことがありますか？	□　ない □　ある→□血液（抗体等）検査（検査年月：平成　　年　　月） □皮ふテスト　　（検査年月：平成　　年　　月） □食物負荷試験　　（検査年月：平成　　年　　月）
エピペンを処方されて いますか？	□　処方されている □　処方されていない

▼食物アレルギーの状況について

食材名	初めてアレルギー症状が出た時期	症状の種類	症状が出た身体の部位	アナフィラキシーを起こしましたか？	ご家庭での対応状況
	歳　　ヶ月			ない　・　ある	完全除去・部分除去
	歳　　ヶ月			ない　・　ある	完全除去・部分除去
	歳　　ヶ月			ない　・　ある	完全除去・部分除去

▼希望の対応について

□ 給食（除去食）を希望するが、対応困難な場合は弁当持参も可能
□ 毎日弁当持参を希望
□ その他（　　）

▼食物アレルギー以外のアレルギーがある場合や、園生活で特に注意することがある場合は詳細を下記にご記入下さい