

記入日 年 月 日 担当：

【 食物アレルギー調査票 】

氏名	生年月日	原因食物
	平成 令和 年 月 日	
食物アレルギーを診断した医療機関・診断時期		
小児科・医院 クリニック 病院		歳 力月診断
原因食物摂取後に起こる症状（該当するもの全てに○をつけてください）		
じんましん ・ 発疹 ・ かゆみ ・ 眼の充血 ・ まぶたの腫れ ・ ゼーゼー ・ 呼吸困難 ・ 咳 鼻水 ・ のどのイガイガ ・ 吐き気 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 腹痛 ・ アナフィラキシーショック その他（ ）		
抗アレルギー薬の処方有無・薬品名・量		内服するタイミング・事前連絡の希望
有	・	内服前の連絡希望（ 有 ・ 無 ）
・	・	
無	・	
保育園・小学校での配慮や対応（食事・おやつの除去程度：完全除去、○gまで可など）		

【 アナフィラキシーショックの既往（ある方のみ） 】

最新の発症日時	ショックを起こした回数	エピペン処方の有無
平成 令和 年 月 日	回	（ 有 ・ 無 ）
症状	呼吸困難 ・ 血圧低下 ・ 意識障害 ・ 繰り返す咳 ・ ゼーゼー ・ 繰り返す嘔吐 下痢 ・ 持続した強い腹痛 ・ 強いかゆみ ・ 広範囲のじんましん ・ まぶたの腫れ	

緊急連絡先（必ず連絡がつく場所2ヶ所をご記入ください）

①	父 ・ 母 ・ 祖父母 ・ その他（ ） 携帯 ・ 職場 ・ 自宅 ・ その他（ ）
②	父 ・ 母 ・ 祖父母 ・ その他（ ） 携帯 ・ 職場 ・ 自宅 ・ その他（ ）
救急車要請時の搬送先希望 （ 有 ・ 無 ）	緊急時対応についての承諾 <input type="checkbox"/> 承諾します
[ ] 病院	署名