

食物アレルギー調査票

_____年 _____月 _____日現在

* 出産予定のお子様については、『第1希望施設名』、『氏名』、『生年月日（出産予定日）』、『連絡先（住所・電話番号）』の4ヶ所のみ
必ずご記入ください。実際に入園（所）が内定した後に、改めて聞き取りをします。また、まだ検査できていない方も同様の記入をお願いします。

第1希望施設名		年齢	歳 ヶ月
ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名		または 出産予定日	※出産予定の方はチェック ☐ 出産予定
連絡先 (住所・電話番号)	〒 — 甲良町 TEL — —		

(1) 食物アレルギーはありますか。

☐ ある 【(2)以降の質問にお答えください。】 ☐ ない 【質問は以上になります。】

(2) 原因となる食品は何ですか。

(該当する食品すべてにチェックをしてください。また、具体的な食品名を () 内にご記入ください。)

☐ 鶏卵 ☐ 牛乳・乳製品 ☐ 小麦 ☐ 甲殻類 (えび・かに)

☐ 魚類 ☐ 肉類 ☐ ピーナッツ

☐ 果物類 () ☐ 種実類・木の実類 ()

☐ ソバ (コンタミネーション 含む・含まない)

☐ その他 ()

※。コンタミネーション：生産過程で意図せず微量混入すること。
◦種実類・木の実類：アーモンド・くり等

(3) 原因食品を食べたときに現れる症状すべてにチェックをしてください。

☐ じんましん ☐ 湿疹 ☐ 鼻水 ☐ 鼻づまり ☐ 咳

☐ 喘鳴 ☐ 呼吸困難 ☐ 嘔吐 ☐ 吐き気 ☐ 下痢

☐ 腹痛 ☐ 頭痛 ☐ 意識障害 ☐ 血圧低下

☐ その他 ()

(4) アナフィラキシーショックを起こした経験はありますか。

また、アナフィラキシーショックの原因となった食物をご記入ください。

☐ ある (年 月頃) ☐ ない

原因食物 ()

※アナフィラキシーショック…皮膚、呼吸器、消化器症状等が現れ血液低下等の状態に陥ること

(5) ご家庭での食事では原因となる食品をどのように対応していますか。

(該当する状況についてチェックをしてください。)

☐ 除去している

☐ 体調により除去している

☐ 加工食品等に微量含まれているものは食べている

☐ 特に除去等の対応はしていない

☐ その他 ()