

食物アレルギー問診票

園児名 _____ 男 ・ 女

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

食物アレルギーについて下記の項目に記入してください。

お子様は食物アレルギーがありますか？	有 ・ 無
--------------------	-------

※上記の質問で、有と答えられた方は、下記の記入をお願いいたします。

何を食べて出ましたか？	
どのくらい食べて出ましたか？	
どのような症状が出ましたか？	
初めて症状が出たのは何歳の時ですか？	
その時の対応はどうされましたか？	受診した ・ 受診せず家庭で様子を見た ※受診された方はその時の診断名を記入してください。
アナフィラキシーを起こしたことがありますか？ 有の場合は、詳しく記入してください。	有 ・ 無
現在、家庭ではアレルギー食をどのようにされていますか？ 又は、食物除去はどのくらいされていますか？	
誤って食べた時は、どのような症状が出ますか？	
その時の対応はどのようにされていますか？ 又は、対応について、医師からの指示はありますか？	
誤って食べたときなどの緊急時に搬送する医療機関はありますか？	有 ・ 無

かかりつけ医療機関名	
------------	--

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者氏名 _____