食物アレルギーに関する調査票（保護者記入用）

富岡保育園

園児名		生年月日	年　　月　　日
保護者氏名		記入年月日	年　　月　　日

１．食物アレルギー以外にアレルギー疾患がありますか。

□ なし　　□ アトピー性皮膚炎　　□ 気管支ぜんそく　　□ アレルギー鼻炎
□ その他（　　）

２．食物アレルギーの原因食品と食べた後に起こる症状を記入して下さい。
（除去中の食品は、除去の欄に〇印をつけて下さい）

食品名	医療機関での診断の有無	診断された時期	具体的な症状	除去
	有・無	歳　ヶ月頃		
	有・無	歳　ヶ月頃		
	有・無	歳　ヶ月頃		
	有・無	歳　ヶ月頃		

３．現在、ご家庭では、食品の除去をどの程度されていますか。（１つだけ選んで下さい）
□ 家庭内では、家族も含めて原因食品は一切食べない。
□ 原因食品及びその加工品は、本人には一切食べさせない（家族は食べている）。
□ 原因食品は食べさせていないが、加工品は食べさせている。
□ 原因食品は一応食べさせないようにしているが、たまには食べさせている。
□ あまり厳密な除去は行っていない。
□ その他（　　）

４．原因食品が皮膚についた、あるいは吸い込んだだけで症状が出たことがありますか。
□ いいえ　　□ はい　→　食品名（　　）
症　状（　　）

５．原因食品によって、アナフィラキシーを起こしたことがありますか。
□ いいえ　　□ はい　→　回数（　　回 ）　最終の発病年月（　　年　　月）
食品名（　　）
症　状（　　）

※アナフィラキシーとは、食品を食べた後に、皮膚症状の他に、呼吸困難、血圧低下、意識障がいなどのショック症状を起こすことです。

６．食物アレルギーに関して、現在も医療機関を定期的に受診していますか。
□ いいえ　　□ はい　→　１ヵ月ごと　　３ヵ月ごと　　その他（　　）