

食物アレルギー調査票

小規模保育室 **にこにこえん**

記入者:

続柄

記入日:令和 年 月 日()

児童名	性別	男・女
生年月日 令和 年 月 日生(現在 歳 ヶ月)	第○子	
1. 児童には食物アレルギーがあると考えられますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない、あるかもしれない <input type="checkbox"/> ある		
2. 家族に食物アレルギーの人はいますか？ <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる(児童の父・母・兄弟・姉妹・祖母・祖父)		
3. アレルギー反応は、いつ頃、どの部分に、どのような症状であられましたか？ ・いつ(歳 頃) ・どこに <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 手・足のくびれ <input type="checkbox"/> 胸部 ・ 腹部 <input type="checkbox"/> 身体全身 <input type="checkbox"/> その他()		
4. 原因はどのような食べ物でしたか？ <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 米 <input type="checkbox"/> その他()		
5. 現在は何をどのくらい食べると発症しますか？		
6. 現在は、どの部分に、どのような症状があらわれますか？ ・どこに <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 手・足のくびれ <input type="checkbox"/> 胸部 ・ 腹部 <input type="checkbox"/> 身体全身 <input type="checkbox"/> その他() ・どのような症状があらわれますか？		
7. このことで医師に相談したことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 病院名()		
8. 7で『ある』と答えた場合 ・食事に関して医師の指導はどのようなことでしたか？ ・通院の状況はどうですか？ ・現在、服薬していますか？ <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している 薬の内容() ・現在の家庭の食事の対応はどのようにしていますか？		
9. 7で『ない』と答えた場合 ・家庭ではどのような対応をしていますか？		
10. 園生活で特に注意することはありますか？ 食物アレルギー以外懸念点もお知らせ下さい。		