様式１

アレルギー調査票

記入日　　年　　月　　日

お子様のアレルギーについて、お尋ねします。
当てはまる項目を選び、〇で囲んでください。
その他に該当する場合は、（　）内に具体的な内容をご記入ください。

保護者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

児童名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　平成　　年　　月　　日生まれ　　性別 男・女

問１　今まで、食物を食べてアレルギー反応を起こしたことがありますか。
　1. ある　　2. ない
（1. ある と回答された方は、問２以降もご回答ください。2. ないとご回答された方はこれで終了です）

問２　そのことで、医師の診断を受けたことがありますか。
　1. ある　　2. ない

問３　医師の診断の結果、除去が必要と言われた食物はありますか。
　1. ある　　2. ない

問４　除去が必要とされた食物は、何ですか。
　1-1. 鶏卵(加熱)　1-2. 鶏卵(非加熱)　2. 牛乳・乳製品　3. 小麦　4.そば
　5. ピーナッツ　6. 大豆　7. ゴマ　8. ナッツ類　9-1. えび
　9-2. かに　10. その他（　　）

問５　除去の指示がある食物を食べた時、どのような症状がでましたか。
　1. 湿疹　2. 蕁麻疹　3. かゆみ　4. 唇の腫れ　5. 腹痛
　6. 嘔吐・下痢　7. 鼻水　8. くしゃみ　9.咳
　10. 呼吸困難　11. その他（　　）

問６　家庭での対応は、どのように行っていますか。(除去の方法など)
（　　）

問 7　食物アレルギーに関して、内服薬はありますか。

1. ある　　2. ない

問 7-1(1. ある と回答した方に伺います。)　薬名・与薬方法をご記入ください。

1. 薬名　（　　）

2. 与薬方法　（　　）

問 8　食物アレルギーを持つ家族がいますか。

1. いる　　2. いない

問 8-1(1. いる と回答した方に伺います。)　お子様から見た続柄と原因食物を教えてください。

1. 両親　（　　）

2. 兄弟姉妹　（　　）

3. 祖父母　（　　）

問 9　アナフィラキシーショック症状を起こしたことがありますか。

（アナフィラキシーショックとは、原因食物を食べて間もなく、呼吸困難・血圧低下・顔面蒼白など、命に関わるような症状が現れることを指します。）

1. ある　　2. ない

問 9-1(1. ある と回答した方に伺います。)　アナフィラキシーショックの原因食物はなんですか。

1-1. 鶏卵(加熱)　1-2. 鶏卵(非加熱)　2. 牛乳・乳製品　3. 小麦　4.そば

5. ピーナッツ　6. 大豆　7. ゴマ　8. ナッツ類　9-1. えび

9-2. かに　10. その他（　　）

問 9-2(1. ある と回答した方に伺います。)　アナフィラキシーショックの既住歴を教えてください。

1. 今までに起こした回数　（　　）回

2. 最後の発症年月　　年　　月

3. 発症時の具体的な症状　（　　）

4. 医師からの指導内容　（　　）