

食物アレルギー調査票

※「健康状態通知票」①-「8 アレルギーがある」項目で〔はい〕に○印をした方のみ、この調査票を提出してください。

ふりがな	性別	男・女	学年	年生
児童氏名	小学校名			

主治医	病院名 ( ) 主治医名 ( ) TEL									
診断書 食事指示書等	有・無	①	年	月	②	年	月	③	年	月
検査等	有・無	①	年	月	②	年	月	③	年	月
除去食品  ※該当するアレルギー食品に○をしてください。	小麦・卵・乳・そば・えび・落花生・かに・大豆・いか・さけ・さば・いくら・あわび・オレンジ・キウイフルーツ・バナナ・りんご・もも・牛肉・鶏肉・豚肉・まつたけ・やまいも・くるみ・ゼラチン									
	【特記事項】 ※○をしたアレルギー食品への対処・対応について詳しく記入してください。									
	① 食品除去は ( 医師 ・ 保護者 ・ 本人 ) の判断で行っている。 ② 食物によるアナフィラキシーを起こしたことがありますか。 ( ある 年 月 ・ ない )									
症状	( 年 月 )					( 年 月 )				
病院・家庭での 処置や対応  (経年経過で)	( 年 月 )					( 年 月 )				
服薬	服薬はありますか。( ある【薬名: ●】・ ない )									
エピペン	エピペンは医師から処方されていますか。( はい ・ いいえ )									

記入日	年	月	日	記入者	(続柄: )
-----	---	---	---	-----	--------

アレルギーに関するかかりつけの医療機関をご記入ください。						
(医療機関名					(電話連絡先	)
(医療機関名					(電話連絡先	)

※診断書、食事指示書等をお持ちの方は、そのコピーを添付してください。また、常に最新のものに差替えをお願いします。