

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 児童氏名	いなみ いちろう 稲美 一郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	新学年	3 年生
		小学校名	天満		

主治医	病院名 ( △△ 医院 ) 主治医名 ( 山田先生 ) TEL 079-000-△△△△				
診断書 食事指示書等	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	①	2017年 4 月	②	年 月 ③ 年 月
検査等	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	①	2017年 2 月	②	年 月 ③ 年 月
除去食品	小麦・卵・ <input checked="" type="radio"/> 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				
※該当するアレルギー食品に○をしてください。	【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。				
	微量の摂取でもアナフィラキシーを発症します。				
	咳き込みが激しい場合は、エピペンを使用し、救急車を呼んでください。局所的なじんましん・発疹はラドセルポダットのクラリチン(常備薬)を服用し、安静にさせてください。				
	① 食品除去は ( <input checked="" type="radio"/> 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。 ( <input checked="" type="radio"/> ある 2017年 8 月 ・ ない )					
症 状	( 2017 年 4 月 )		( 2017 年 8 月 )		
	全身じんましん 呼吸困難 (咳き込み)		全身じんましん		
病院・家庭での 処置や対応 (経年経過で)	( 2017 年 4 月 )		( 2017 年 8 月 )		
	自宅にてクラリチンを服用し、 救急搬送・点滴		自宅にて常備薬を服用 安静		
服 薬	服薬はありますか。( <input checked="" type="radio"/> ある【薬名: クラリチン】・ ない )				
エピペン	エピペンは医師から処方されていますか。( <input checked="" type="radio"/> はい ・ いいえ )				

記入日	2019 年 11 月 30 日	記入者	稲美花子 (続柄: 母)
-----	------------------	-----	--------------

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	△△ 医院	(電話連絡先	079-000-△△△△)
(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。