

食物アレルギー調査表

年 月 日

氏 名		児童クラブ名	放課後児童クラブ
保護者氏名		学校名・学年	幼稚園 小学校 学 園 年
生 年 月 日	年 月 日(歳)	土曜日利用 の有無	有 ・ 無

1 食物アレルギーについて、医師から診断を受けたことがありますか。 (はい ・ いいえ)

2 下記の表の当てはまる欄に○をつけてください。

(*アナフィラキシーショックがあった場合は、起こした年齢を記入して下さい。)

食品名	食物アレルギー				アナフィラキシー ショック	食品名	食物アレルギー				アナフィラキシー ショック
	ある	完全除去	加熱可	加工可	ある		ある	完全除去	加熱可	加工可	ある
卵					(オ)	りんご					(オ)
牛乳					(オ)	ゼラチン					(オ)
乳製品					(オ)	いか					(オ)
小麦					(オ)	さけ					(オ)
えび					(オ)	さば					(オ)
かに					(オ)	あわび					(オ)
そば					(オ)	いくら					(オ)
落花生					(オ)	やまいも					(オ)
くるみ					(オ)	牛肉					(オ)
アーモンド					(オ)	鶏肉					(オ)
マカダミ アナッツ					(オ)	豚肉					(オ)
カシュー ナッツ					(オ)						(オ)
大豆					(オ)						(オ)
ごま					(オ)						(オ)
もも					(オ)						(オ)
オレンジ					(オ)						(オ)
キウイ フルーツ					(オ)						(オ)
バナナ					(オ)						(オ)

※クラブから提供するおやつは、**加工製造ライン**で食物アレルギー対象食品が混入している場合があるものを提供する可能性があります。

(裏面へ)

3 食物アレルギーの症状について、詳しくご記入ください。

.....

4 原因食物を口にすること以外で症状が出ることはありますか。

☐ いいえ

☐ はい（ ）

5 現在、食物アレルギー疾患治療のために使用している薬はありますか。

☐ いいえ

☐ はい 内服薬（ ）吸入薬（ ）外用薬（ ）
注射薬（ ）その他（ ）

6 クラブに携帯を希望する薬はありますか。

☐ いいえ

☐ はい（薬剤名 ）

※クラブに薬を携帯される場合は、「生活管理指導表」の写しを提出ください。

※薬は「生活管理指導表」に記載された処方薬に限ります。

7 運動で症状を発症したことはありますか。

☐ いいえ

☐ はい（ ☐ 食事と関連あり ・ ☐ 食事と関連なし ）

8 家庭での除去食方法について記入してください。

.....

9 食物アレルギーを起こしたときの対応方法

緊急時の対応方法			
緊 急 連 絡 先	①	薬の保管場所	
	②		
	③		
	④		
かかりつけ医	電話		