

食物アレルギーに関する聞き取り調査票

ふりがな
児童名 () 生年月日 年 月 日生 (歳)

1 原因食品 鶏卵 牛乳・乳製品 小麦 大豆 その他 ()

① 初めて症状が出た時の状況 (例: いつ何をどれくらい) ()

② 原因食品を食べた時の症状

皮膚症状	粘膜症状	消化器症状	呼吸器症状	全身症状
・かゆみ ・赤み ・湿疹 ・じんましん	・口唇, 目, 顔の腫れ ・口やのどの違和感	・腹痛 ・下痢 ・嘔吐	・鼻閉 ・鼻汁 ・くしゃみ ・咳 ・喘鳴 ・呼吸困難	・血圧低下 ・意識状態の悪化

③ 食べたことがない場合 (アレルギーと思われる理由:)

2 アナフィラキシーショックの既往について なし あり (年 月頃)

3 医師の診断について 受けている 受けていない

① かかりつけの医療機関名 (主治医:)

② 食物アレルギー検査を受けたことがありますか。

ある 血液検査 食物負荷試験 その他 () ない

③ ②の検査結果について 異常なし 異常あり

原因食品・・・鶏卵 牛乳・乳製品 小麦 大豆 その他 ()

④ 医師の最終診断はいつですか。(年 月頃)

⑤ 薬を処方されていますか。 いいえ はい (治療用, 緊急時用:)

4 医師の指示内容について

① 食事の対応について

原因食品	医師の指示	家庭での対応
卵	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> マヨネーズ除去 <input type="checkbox"/> 生卵, 加熱不十分なもの*の除去 (*アイスクリン, カスタードクリーム等)	
牛乳・乳製品	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> アレルギー用調製粉乳を使用 (商品名:)	
小麦	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 調味料等の除去まで必要 (酢・醤油・麦茶・料理酒等)	
大豆	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 調味料等の除去まで必要 (大豆油・醤油・味噌等)	
その他 ()	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> ()	

② 保育生活での必要な配慮について

アレルゲンとの接触 食事中的他児との接触 その他 ()

5 入園決定後, 園への提出書類について (生活管理指導表) 協力依頼済み

6 園が対応困難な場合の弁当持参の協力について 協力依頼済み

7 聞き取り時の提出書類 承諾書 生活管理指導表 その他 ()

聞き取り日: 年 月 日 聞き取り者: