

【 食物アレルギー調査票 】

氏名		生年月日		原因食物
		平成	年 月 日	
		令和		
緊急連絡先（必ず連絡がつく場所2ヶ所をご記入ください）				
①	父 ・ 母 ・ 祖父母 ・ その他 () 携帯 ・ 職場 ・ 自宅 ・ その他 ()			
②	父 ・ 母 ・ 祖父母 ・ その他 () 携帯 ・ 職場 ・ 自宅 ・ その他 ()			
食物アレルギーを診断した医療機関・医師名・診断時期				
小児科・医院 クリニック 病院		先生		歳 ヶ月 診断
抗アレルギー薬の処方有無・薬品名・量			内服するタイミング・事前連絡の希望	
有	・		内服前の連絡希望（有 ・ 無）	
・	・			
無	・			
原因食物摂取後に起こる症状（該当するもの全てに○をつけてください）				
じんましん ・ 発疹 ・ かゆみ ・ 眼の充血 ・ まぶたの腫れ ・ ゼーゼー ・ 呼吸困難 ・ 咳 鼻水 ・ のどのイガイガ ・ 吐き気 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 腹痛 ・ アナフィラキシーショック その他 ()				

既往のある方のみ	アナフィラキシーショックの既往			
最新の発症日時：	平成・令和	年	月	日（ 歳 ヶ月 ）
ショックを起こした回数：	回	エピペン使用の有無（有 ・ 無）		
症状：	呼吸困難 ・ 血圧低下 ・ 意識障害 ・ 繰り返す咳 ・ ゼーゼー ・ 複数回の嘔吐 下痢 ・ 持続した強い腹痛 ・ 強いかゆみ ・ 広範囲のじんましん ・ まぶたの腫れ			

保育園・小学校での配慮や対応（食事・おやつの除去程度：完全除去、0gまで可など）	
救急車要請時の搬送先希望	緊急時対応についての承諾
有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 承諾致します
[病院]	署名