

記入例

【 食物アレルギー調査票 】

氏名		生年月日		原因食物	
崇徳 太郎		平成 ・ 令和	H31年5月15日		生卵 (加熱してあれば可)
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	090-0000-△△△△	父・母・祖父母・その他 () 携帯・職場・自宅・その他 ()			
②	080-△△△△-0000	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					
すとか		小児科・医院 クニック 病院	長岡 福祉	先生	0歳 10ヵ月診断
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 ・ 無	アレジオン 1包		症状が出た時 内服前の連絡希望 (有 ・ 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)	
・ 普段はみんなと食べているが、しっかり加熱されていない卵のメニューの場合は出さないでもらっている。	
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 checked="" type="checkbox"/> 承諾致します
[病院]	署名 崇徳 花子

記入例（重症）

【 食物アレルギー調査票 】

氏名	生年月日	原因食物
崇徳 太郎	平成 ・ 令和 H31年5月15日	卵・小麦

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	〇〇-△△△△ 直通 △△-〇〇〇〇	父・母・祖父母・その他（ ） 携帯・職場・自宅・その他（ ）
②	〇〇-××△△ (崇徳 三郎・ツマ)	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

長岡	小児科・医院 クリニック 病院	福祉 次郎 先生	0 歳 10ヵ月診断
----	-----------------------	----------	------------

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 ・ 無	・アレジオン 1包 ・エピペン 1本	・症状が出始めたらエピペン使用 ※使用後に連絡希望 内服前の連絡希望（有・無）
-------------	-----------------------	-----------------------------------------------

原因食物摂取後に起こる症状（該当するもの全てに〇をつけてください）

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 元年 3月 30日（0歳 10ヵ月）
ショックを起こした回数：	1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・おやつ除去程度：完全除去、〇gまで可など）

・完全除去食で食事やおやつの際はお友だちから少し離れたところで食べている。
園に毎日内服薬を持って行き、エピペンはいつでも使用できるように園にも保管してもらっている。
・保育等

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	無	<input checked="" type="checkbox"/> 承諾致します
〔 かかりつけ医 長岡 病院 〕		署名 崇徳 花子