記入日　　年　　月　　日 担当:

【 食物アレルギー調査票 】

氏名	生年月日	原因食物
	平成 令和　　年　　月　　日	

食物アレルギーを診断した医療機関・診断時期

小児科・医院 クリニック 病院	歳　　カ月診断

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)長岡市立学校食物アレルギー対応参照

軽　症	： 軽度のかゆみ、数個の蕁麻疹、部分的なかゆみ
中等症	： 全身に広がる蕁麻疹、全身真っ赤、顔面やまぶたの腫れ、目のかゆみ充血、口の中の違和感、唇の腫れ くしゃみ・鼻水・鼻づまり、軽～中等度の腹痛、吐き気や1回の嘔吐、1回の下痢
重　症	： 持続する強い腹痛、繰り返す嘔吐・下痢、のどや胸のしめつけ、声のかすれ、呼吸苦、ぐったり、意識もうろう 持続する強い咳き込み、ゼーゼーする呼吸、尿や便をもらす、唇や爪が白い、犬が吠えるような咳

その他(　　)

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	・ ・	内服前の連絡希望(　有　・　無　)

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、〇gまで可など)

【 アナフィラキシーショックの既往(ある方のみ)】

最新の発症日時	ショックを起こした回数	エピペン処方の有無
平成 令和　　年　　月　　日	回	(　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 ・ 繰り返す嘔吐・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

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	ー　　ー	父 ・ 母 ・祖父母・その他(　　) 携帯・職場・ 自宅 ・その他(　　)
②	ー　　ー	父 ・ 母 ・祖父母・その他(　　) 携帯・職場・ 自宅 ・その他(　　)

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　)	□ 承諾します
[　　] 病院	署名

※長岡市の対応に基づき、30分経過しても症状の改善がない軽症、中等症、重症の場合は救急要請をします