

食物アレルギーに関する調査票
(問診票 5 (3) で食物アレルギーがあると答えた方)

児童名 _____

《食物アレルギーの原因食物・症状について》

質問 1 : 医師による診察を受けたことがありますか。

いいえ

はい (医療機関名 _____)

検査名	実施日	結果
血液検査		
食物負荷試験		
その他		

質問 2 : 食物アレルギーを起こす原因食物と摂取後に起こる症状は何ですか？

食物名	症 状	発症年齢

質問 3 : 症状が起きた場合、どのような対処をしていますか？

対処方法

(_____)

質問 4 : アナフィラキシーショックについて

①アナフィラキシーショックの経験はありますか？

いいえ

はい (回数: _____ 回 最後の発症年月: _____ 年 _____ 月)
(原因と症状: _____)

②誤食をした時の薬は処方されていますか？

いいえ

はい (エピペン ・ 内服薬 _____)

質問 5 : 現在除去中の食べ物はありますか？

いいえ

はい (食物名 _____)

質問 6 : 代替食品の使用はしていますか？

いいえ

はい 例牛乳・・MA1 ミルク (_____)

