

## アレルギー調査票

記入日 令和 年 月 日

お子様のアレルギーについて、お尋ねします。  
当てはまる項目を選び、○で囲んでください。  
その他に該当する場合は、( )内に具体的な内容をご記入ください。

保護者名 \_\_\_\_\_

児童名 \_\_\_\_\_

H・R 年 月 日生まれ \_\_\_\_\_

性別 男 ・ 女 \_\_\_\_\_

問1 今まで、食物を食べてアレルギー反応を起こしたことがありますか。

1. ある 2. ない

(1. あると回答された方は、問2以降もご回答ください。 2. ないと回答された方はこれで終了です。)

問2 そのことで、医師の診断を受けたことがありますか。

1. ある 2. ない

問3 医師の診断の結果、除去が必要と言われた食物はありますか。

1. ある 2. ない

問4 除去が必要と診断された食物は、何ですか。

- 1-1. 鶏卵(加熱) 1-2. 鶏卵(非加熱) 2. 牛乳・乳製品 3. 小麦 4. そば
- 
5. ピーナッツ 6. 大豆 7. ゴマ 8. ナッツ類 9-1. えび
- 
- 9-2. かに 10. その他( )

問5 除去の指示がある食物を食べた時、どのような症状が出ましたか。

1. 湿疹 2. 蕁麻疹 3. かゆみ 4. 唇の腫れ 5. 腹痛
- 
6. 嘔吐・下痢 7. 鼻水 8. くしゃみ 9. 咳
- 
10. 呼吸困難 11. その他( )

問6 家庭での対応は、どのように行っていますか。(除去の方法など)

( )

