

# アレルギー調査票

記入日： 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： 年 月 日生まれ 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  
(1.あると回答された方は、問3をご回答ください。)

問3-1 除去が必要と診断された食物は、何ですか。  
1.鶏卵 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.甲殻類 10.軟体類・貝類  
11.魚卵 12.魚類 13.肉類 14.果物類  
15.その他( )

問3-2 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3-3 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)  
( )

問4 食物アレルギーに関して、内服薬がありますか。

- 1.ある 2.ない

問4-1 (1.あると回答した方に伺います。) 薬名・与薬方法をご記入ください。

- 1.薬名 ( )  
2.与薬方法 ( )

問5 アナフィラキシーショック症状を起こしたことがありますか。

(アナフィラキシーショックとは、原因食物を食べて間もなく、呼吸困難・  
血圧低下・顔面蒼白など、命に関わるような症状が現れることを指します。)

- 1.ある 2.ない

問5-1 (1.あると回答した方に伺います。)

アナフィラキシーショックの原因食物は何ですか。

- 1.鶏卵 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.甲殻類 10.軟体類・貝類  
11.魚卵 12.魚類 13.肉類 14.果物類  
15.その他( )

問5-2 (1.あると回答した方に伺います。)

アナフィラキシーショックの既往歴を教えてください。

- 1.今までに起こした回数 ( ) 回  
2.最後の発症年月 ( 年 月 )  
3.発症時の具体的な症状 ( )  
4.医師からの指示内容 ( )

以上で終了です。