

食物アレルギー調査

氏名 ()

お子様に食物アレルギーがありますか。 (はい ・ いいえ)

* 「はい」の場合は、下記の質問事項にお答え下さい。

① 原因となるものは何ですか。

()

② どのような症状がありますか。

例) ぜんそく、かゆみ、湿疹、じんましん、アナフィラキシー、チアノーゼ、特になし

()

③ 食事の制限をしていますか。 (はい ・ いいえ)

④ 現在の食事(食物)の制限は、医師の診断と指示ですか。 (はい ・ いいえ)

* 「はい」の場合

診断名	
除去食品	
薬	
病院名	
通院状況	

* 「いいえ」の場合は、どなたの判断ですか。

(保護者 ・ その他 ())

⑤ ご家族にアレルギーの方は、いますか。 (はい ・ いいえ)

* それは、どなたですか。

(父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母、 ・ 兄、 ・ 姉 ・ 弟 ・ 妹 ・ その他)

* 原因となる食物は何ですか。

()