

★利用調整調査票（その2）の最下段にある『児童のアレルギー等』で【あり】と答えられた方は記入をお願いします。

記入日	児童氏名	生年月日			
		年	月	日	
● 現在のアレルギー疾患などは何ですか？ ・食物アレルギー ・アトピー性皮膚炎 ・気管支喘息 ・アレルギー性鼻炎 ・アレルギー性結膜炎 ・じんましん ・薬物アレルギー ・花粉アレルギー ・動物アレルギー・その他（ ）					
● 現在、ご家庭で除去している食べ物はありますか？ はい いいえ 除去している、していた食べ物に○をし、記入してください。					
除去食物	家庭での状況				
	現在 除去	除去して いた	アナフィ ラキシー	未摂取	除去の内容
1、卵類					鶏卵・魚卵・他（ ）
2、牛乳・乳製品					
3、小麦					
4、ソバ					
5、ナッツ					すべて・ピーナッツ・クルミ・アーモンド・他（ ）
6、豆類					すべて・大豆・枝豆・他（ ）
7、ゴマ					
8、魚類					すべて・さば・さけ・他（ ）
9、肉類					鶏肉・牛肉・豚肉・他（ ）
10、甲殻類					すべて・えび・かに・他（ ）
11、果物					キウイ・バナナ 他（ ）
12、宗教上除去を希望する食べ物（ ）					
●除去している食品を食べたり、触れたりしてアレルギー症状が出たことがありますか？ はい いいえ					
●製造ライン上のコンタミネーションなど、ごく微量でもアレルギー症状を起こす可能性はありますか？ はい いいえ					
●アレルギーの血液検査をしましたか？ した していない した→血液検査はいつしましたか （ 年 月 歳 月） 検査結果で高数値のものはありましたか？ ある ない ある→高数値の食物は何でしたか？（ ）					
●最近アレルギー症状（しっしん、赤くなった、かゆみ、嘔吐など）がでたのはいつですか？ いつ（ 年 月 ）食べたもの（ ） どのような症状でしたか？（ ）					
●医師から処方されている薬、常備薬などありますか？ ある ない ある→名前や種類（ ） かかりつけ医（ 区 ）					