

食物アレルギー調査票（2024年度版）

氏名 _____ 男・女 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生まれ（ _____ 歳） _____ 小学校 _____ 年 _____ 組 提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 担当者（ _____ ）

① 病型	A. 食物アレルギーの病状の出現について		C. 原因食物・診断根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に診断根拠、()内に品目を記載		アナフィラキシー（ある・ない） ⇒（「ある」は裏面記入）	D. 備考（その他）
	B. 食物アレルギーの病状の内容について		【診断根拠】該当するもの全てを《 》内に記載 ① 明らかな症状の既往（過去に症状が出た） ② 食物負荷試験陽性 ③ IgE抗体等検査結果陽性 ④ その他（ _____ ） 【診断日】西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
1. 即時		1. 加熱鶏卵《 》 生鶏卵《 》				
2. 即時ではない		2. 牛乳・乳製品 《 》				
3. 誘発される運動 (_____)		3. 大豆 《 》				
		4. 小麦 《 》				
		5. ソバ 《 》				
B. 食物アレルギーの病状の内容について		6. ピーナッツ 《 》				
部位： 内容： 内容：		7. 甲殻類(エビ・カニ) 《 》 (_____)				
		8. 種実類・木の種類 《 》 (_____)				
部位： 内容： 内容：		9. 果物類 《 》 (_____)				
		10. 魚類 《 》 (_____)				
		11. 肉類 《 》 (_____)				
		12. その他 《 》 (_____)				
② 留意点	A. おやつ		B. 運動(外遊び等)		C. 備考(その他)	
	おやつを希望しますか 1. 希望する 2. 希望しない	食べられないおやつの最終的な扱いについて 1. 持ち帰り(保護者) 2. 処分 3. その他(_____)	配慮について: 1. 必要 2. 不要 <詳細>			
③ 緊急時に備えた処方薬	A. 内服薬（抗ヒスタミン薬、ステロイド薬） 持参：あり・なし ※「あり」の場合、本人の管理のもと服用してください		④ 緊急時連絡先		A. 連絡医療機関	
	B. 備考(その他)				B. 保護者等	
				① 氏名： _____ 続柄： _____ 電話番号： _____		
				② 氏名： _____ 続柄： _____ 電話番号： _____		
				③ 氏名： _____ 続柄： _____ 電話番号： _____		
				④ 氏名： _____ 続柄： _____ 電話番号： _____		
				C. 備考(その他)		

本票に記載された上記の事項を、スタッフ全員で共有することに同意します。

保護者署名： _____

株式会社 理研キッズ

アナフィラキシー発作等 対応の確認シート	備考		
<input checked="" type="checkbox"/> アナフィラキシーや発作の原因となるもの	<input type="checkbox"/> その他（保護者の要望や主治医からの注意をうけていること等）		
1. 食物(原因:) 2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 3. その他			
<input checked="" type="checkbox"/> 誘発する状況やアナフィラキシー・発作の症状について			
◇ 運動後のアナフィラキシーや発作の有無（あり・なし）			
<input checked="" type="checkbox"/> アナフィラキシー・発作を起こした時の対応			
<input checked="" type="checkbox"/> 緊急時の医療機関搬送先			
≪医療機関搬送先≫ 優先順位の高い連絡先から記入してください ① ② ③			
<input checked="" type="checkbox"/> 医薬品使用の有無（あり・なし）			
◇ 保管場所(本人保管) ◇ アドレナリン自己注射薬（「エピペン®」） 持参：あり・なし ※「あり」の場合は、本人の管理となります			