

食物アレルギー調査票

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				
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. 保護者等	
	B. 備考(その他)			医療機関名: 診療科: 主治医名: 電話番号:	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（「エピベン®」） 持参：あり・なし ※「あり」の場合は、本人の管理となります	