【アレルギー調査票】

団体名:
入館利用日:　　年　　月　　日 ～　　月　　日
記入年月日:　　年　　月　　日
記入者:　団体責任者 ・ 保護者 ・ 養護教諭
記入者氏名:

※①アレルギーをお持ちの方全員についてご提出下さい。
※②提出期限は、使用日の2週間前までにお願い致します。

1. 食物アレルギーをお持ちの方の氏名をご記入ください。(イニシャルでも可)
　(氏名:　　)
2. その原因となる食物と摂取後に起こる症状の程度等をご記入ください。

食 物 名	症 状 の 程 度			家庭での対応
	量	加熱	食した時の症状	
卵	□加工食品・調味料等に含まれる微量も不可 □少量でも不可 □ある程度の量まで食べられる (卵黄:　　卵白:　　)	□加熱後も不可 □加熱すれば可 □その他 (　　)		□完全除去 □本人除去 □とくに配慮していない □その他 (　　)
	□加工食品・調味料等に含まれる微量も不可 □少量でも不可 □ある程度の量まで食べられる	□加熱後も不可 □加熱すれば可 □その他 (　　)		□完全除去 □本人除去 □とくに配慮していない □その他 (　　)
	□加工食品・調味料等に含まれる微量も不可 □少量でも不可 □ある程度の量まで食べられる	□加熱後も不可 □加熱すれば可 □その他 (　　)		□完全除去 □本人除去 □とくに配慮していない □その他 (　　)
	□加工食品・調味料等に含まれる微量も不可 □少量でも不可 □ある程度の量まで食べられる	□加熱後も不可 □加熱すれば可 □その他 (　　)		□完全除去 □本人除去 □とくに配慮していない □その他 (　　)
	□加工食品・調味料等に含まれる微量も不可 □少量でも不可 □ある程度の量まで食べられる	□加熱後も不可 □加熱すれば可 □その他 (　　)		□完全除去 □本人除去 □とくに配慮していない □その他 (　　)

3. 現在除去中の食物はありますか。
　□いいえ　　□は い (食物名:　　)
4. 上記3の除去食はどなたが判断しましたか。
　□医 師　　□保護者　　□その他(　　)
5. アレルギー検査を受けたことがありますか。また、その時の検査結果はどうでしたか。
　□いいえ　　□は い→結果 (陰性・陽性) ⇒陽性の食物名 (　　)
　　年　　月実施
6. 運動でアレルギーの症状を発症したことがありますか。
　□いいえ　　□は い→ (食事との関連あり ・ 食事との関連なし)
7. アナフィラキシーショック (血圧低下や意識障害等) の経験はありますか。
　□いいえ　　□は い→ (回数:　　回、最後の発症年月:　　年　　月)
8. 食物アレルギーの治療のために使用している薬はありますか。
　□いいえ　　□は い (薬剤名:　　)
9. 自然の家の食事提供に何か配慮が必要とお考えですか。
　□いいえ　　□は い→ (具体的な配慮方法:　　)
10. その他の特記事項(希望等)をご記入ください。
　(スズメバチ、アシナガバチ、ミツバチ、いずれかの蜂に刺されたことがある方も氏名をご記入ください。)

(　　)