

アレルギー疾患生活管理指導票（食物アレルギー）

提出日 年 月 日

この調査票の内容はお子様の健康に関わる大切な事柄です。ご記入は必ず医療機関・医師に確認のもと正確に行ってください。

氏名（お子さま）： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日（満 歳）

A 食物アレルギー（あり・なし）

食物アレルギー「あり」に該当される場合のみ下記の質問に記載

B アナフィラキシー症状の既往（あり・なし）

「あり」の場合：原因食物（ _____ ）

C アレルギーの原因食物（該当する食品に○、または記入）

1. 鶏卵（ ） 2. 牛乳・乳製品（ ） 3. 小麦（ ）
4. そば（ ） 5. ピーナッツ（ ） 6. 大豆（ ） 7. ゴマ（ ）
8. ナッツ類（ ）（種類をご記入ください）
9. その他（ ）（種類をご記入ください）

D 除去食品での摂取不可能なもの（該当する項目に○）

| | |
|-----------------|--------------------|
| 鶏卵アレルギー：卵殻カルシウム | 牛乳アレルギー：乳糖 |
| 小麦アレルギー：醤油・酢・麦茶 | 大豆アレルギー：大豆油・醤油・味噌 |
| ゴマアレルギー：ごま油 | 魚アレルギー：かつおだし・いりだこ |
| 肉類アレルギー：エキス | ※○が付いていない場合は摂取可能です |

E アレルギー症状発症時の対応方法（該当する項目に○）

- ①内服薬
②自己注射（エピペン 0.3mg ・ 0.5mg）
③医療機関受診 医療機関名（ _____ ） 電話番号（ _____ ）
④その他（ _____ ）
緊急連絡先 保護者名（ _____ ） 電話番号（ _____ ）

F アレルギー検査日または医療機関受診日

年 月 日
医療機関名（ _____ ）
電話番号（ _____ ） 医師名（ _____ ）

※本指導表の内容に関して6か月後に再評価が必要です。

※また、本指導表の内容に変更があった場合はご連絡ください。

※アレルゲンの種類や除去の程度によっては給食の提供ができない場合がありますのでご了承ください。