

問診票(食物アレルギーについて)

令和 年 月 日

氏名 _____ (男・女) 年齢 才 カ月

1. いつ食物アレルギーと診断されましたか? 年 月

2. どこで食物アレルギーと診断されましたか?
医療機関名 ()

3. 病名はなんですか? (アトピー性皮膚炎 ・ 喘息 ・ 湿疹 ・ その他 :)

4. 原因となる食べ物を記載してください。
()

5. 治療は受けていますか?
・投薬 (受けていない ・ 受けている) 医療機関名 ()
薬名 ()

・吸入 (受けていない ・ 受けている)

・減感作療法 (受けていない ・ 受けている)

・その他

6. 除去食は (要 ・ 不要)
* 要の方はいつから除去していますか? 年 月頃

7. 除去はどこで? (保育所だけ ・ 家庭だけ ・ 両方)

8. 除去すべき項目に○を付けて下さい。

卵	・生卵() ・卵を用いた料理() ・卵を用いた菓子() ・つなぎに卵を用いた料理() ・鶏肉()
大豆	・大豆油() ・大豆を使用した食品(醤油など)() ・大豆製品(きなこなど)() ・大豆加工品() ・その他の豆類()
小麦	・小麦を用いた食品(うどん、そうめんなど)() ・小麦を用いたお菓子・小麦を含む調味料(醤油など)
牛乳	・牛乳() ・乳製品() ・スキムミルク() ・牛乳、スキムミルクを用いた菓子()
魚介類	・青魚() ・赤身魚() ・白身魚() ・貝類() 甲殻類()
ナッツ類	・ピーナッツ() ・アーモンド() ・ココナッツ() ・くるみ()
その他除去すべきものを記入してください ()	
* 味パック(かつお・サバ・いわし・あじ)の使用()	
* 生産ラインで使われている場合 OK ・ NO	

* 除去食につきましては基本ご用意いたしますが、お子様によってはご持参いただくこともあります。