

【別紙】アレルギー確認表

フリガナ		生年月日	年	月	日
申込児童名					

該当する箇所に○をつけてください。

①該当するアレルギー疾患を教えてください	食物アレルギー	気管支喘息	アレルギー性結膜炎	アトピー性皮膚炎	アレルギー性鼻炎	その他

食物アレルギーの場合

②どなたが判断しましたか？	医師	→かかりつけ医療機関名 ()		保護者	その他				
③どのような症状がでましたか？	呼吸困難	嘔吐	下痢	じんましん 湿疹	かゆみ	その他			
④アナフィラキシーショックをおこした経験がありますか？	なし	あり							
		(年 月頃)							
⑤処方されている薬はありますか？	エピペン	内服薬	その他						
⑥食物アレルギー検査を受けたことがありますか？	ない	ある							
⑦除去が必要な食品は何ですか？ また、医師からどのような指示を受けていますか？	卵		牛乳・乳製品		小麦		大豆		その他
	完全除去	部分除去	完全除去	部分除去	完全除去	部分除去	完全除去	部分除去	

※完全除去:完全に除去する
※部分除去:加工品、つなぎ等なら摂取可能(生卵は除去だが、卵の入ったクッキーは食べてよい など)

⑧医師から加工食品の同一工場、製造ライン使用によるものを除去するように指示されていますか？	指示されていない	指示されている			
⑨同じ室内で原因食品を取り扱う場合にアレルギー症状がおきたことがありますか？	ない	あり	わからない		
		(年 月頃)			
⑩原因食品が皮膚についたり、吸い込んだりして症状がでたことがありますか？	ない	あり			
		(年 月頃)			