

(様式1)

秘 食物アレルギー調査票

年 番	氏名
-----	----

現在、食物アレルギーがありますか？	ある	ない
-------------------	----	----

以下は、「ある」と答え方のみお答えください。(該当するものを○で囲んでください。)

1 医師の診断を受けたことがありますか？	ある ない
2 医師の最終診断はいつですか？	平成 年 月 日
3 アレルギーの原因となる食物は何ですか？	牛乳 卵 生卵 小麦 そば エビ カニ 果物( ) ピーナッツ 魚( ) その他( )
4 今まで、その食物を食べてどのような症状が出ましたか？	発疹(じんましん) かゆみ 吐き気 腹痛 下痢 喘息 息苦しさ 失神 その他( )
5 原因食品が皮膚についた時、又は吸い込んだ時、症状が出たことはありますか？	ある(食品名: ) 症状( ) ない
6 アナフィラキシーショックを起こしたことがありますか？	ある( 才の時・食品名: ) ない
7 アレルギー症状の対応について アレルギー症状が出た時の症状と薬を記入してください。	・症状( ) 内服薬( ) ・症状( ) 外用薬( ) ・症状( ) エピペン ・その他 [ ]
8 家庭での食事の状況について	・完全除去食 ・体調によって除去 ・特に配慮はしていない ・その他 [ ]