食物アレルギーについてのアンケート

お子さまに食物アレルギーがある方は、下記の情報の記入をご協力ください。

● 食物アレルギーと診断されたのはいつですか？（　　才　　ヶ月頃）

● アレルギーの原因食物は何ですか？下の欄にご記入ください。

除去している食品	除去の程度・方法	除去開始日

●アレルギー症状が起きてしまった場合に出やすい症状に〇をつけてください。特に強く出ることがある症状があれば◎をつけてください。

・じんましん　・かゆみ　・むくみ　・目の充血　・くちびるの腫れ　・腹痛
・吐き気　・下痢　・くしゃみ　・息がしにくくなる
・その他（　　）

●アナフラキシー症状を起こしたことがありますか？

・ない　・ある　（　　年　　月　　日　原因：　　）

●処方されている薬はありますか？あれば〇をつけ、記入してください。

・内服薬（　　）
・アドレナリン自己注射薬（エピペン）
・その他（　　）

● かかりつけの病院はどちらですか？また、アレルギー専門医にかかっている場合は、病院名、主治医名をおしらせ下さい。

・かかりつけの病院
・アレルギー専門医　病院名
　主治医名
　受診頻度
　次回受診予定（　　年　　月頃）

（園児氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（生年月日）平成　年　月　日

（提出日）　平成　年　月　日　（提出時年齢）　才　ヶ月