

【食物アレルギー調査票】

団体名		利用日	月 日 () ~ 月 日 ()		
児童名(任意)		性別	男・女	学年	

◎アレルギーの原因となる食物と摂取後に起こる症状の程度等をご記入ください。

食品名	症状の程度		アレルギーの症状(食した時の症状) エピペンの有無		学校給食での対応	家庭での対応	希望対応
	量	加熱	全身に	局所に(腕・足)			
記入例 卵	<input type="checkbox"/> 加工食品・調味料等に含まれる 微量(エキス)も不可 <input type="checkbox"/> 少量なら可 <input checked="" type="checkbox"/> ある程度の量まで食べられる (黄身:半分 白身:半分)	<input type="checkbox"/> 加熱後も不可 <input type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (生、半熟はダメ 加熱、加工食品は 大丈夫)	<input type="checkbox"/> 全身に <input checked="" type="checkbox"/> 局所に(腕・足) こんな症状がある (蕁麻疹が出る)	アナフィラキシー 症状(※1)を起こした ことがある <input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある(いつ:1歳頃) (エピペン:有(無))	<input type="checkbox"/> 自宅から持参 <input checked="" type="checkbox"/> 本人除去 <input type="checkbox"/> 特に配慮してない <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 食卓にあげない <input checked="" type="checkbox"/> 本人除去 <input type="checkbox"/> 特に配慮してない <input type="checkbox"/> その他 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 献立詳細 <input type="checkbox"/> 自分で除去 <input type="checkbox"/> 除去食 <input type="checkbox"/> 代替食 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 加工食品・調味料等に含まれる 微量(エキス)も不可 <input type="checkbox"/> 少量なら可 <input type="checkbox"/> ある程度の量まで食べられる ()	<input type="checkbox"/> 加熱後も不可 <input type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 全身に <input type="checkbox"/> 局所に(腕・足) こんな症状がある ()	アナフィラキシー 症状(※1)を起こした ことがある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(いつ:) (エピペン:有・無)	<input type="checkbox"/> 自宅から持参 <input type="checkbox"/> 本人除去 <input type="checkbox"/> 特に配慮してない <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 食卓にあげない <input type="checkbox"/> 本人除去 <input type="checkbox"/> 特に配慮してない <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 献立詳細 <input type="checkbox"/> 自分で除去 <input type="checkbox"/> 除去食 <input type="checkbox"/> 代替食 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 加工食品・調味料等に含まれる 微量(エキス)も不可 <input type="checkbox"/> 少量なら可 <input type="checkbox"/> ある程度の量まで食べられる ()	<input type="checkbox"/> 加熱後も不可 <input type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 全身に <input type="checkbox"/> 局所に(腕・足) こんな症状がある ()	アナフィラキシー 症状(※1)を起こした ことがある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(いつ:) (エピペン:有・無)	<input type="checkbox"/> 自宅から持参 <input type="checkbox"/> 本人除去 <input type="checkbox"/> 特に配慮してない <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 食卓にあげない <input type="checkbox"/> 本人除去 <input type="checkbox"/> 特に配慮してない <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 献立詳細 <input type="checkbox"/> 自分で除去 <input type="checkbox"/> 除去食 <input type="checkbox"/> 代替食 <input type="checkbox"/> その他 ()

※1 アナフィラキシー…急性のアレルギー症状。頻脈・血圧低下・ぐったりする・意識障害等、死に至る可能性もある重篤なアレルギー反応