

食物アレルギーに関する調査（保護者記入用）

音楽療育おとゆいキッズ

※該当する□にチェックを入れ、必要事項をご記入ください。

1 食物アレルギーはありますか。

はい いいえ ⇒ いいえの方は、以下の記入の必要はありません。

2 昼食・おやつ他、食物を扱うイベント等での食物アレルギー対応（除去食・代替食・献立や食材一覧の連絡など）は必要ですか。

はい いいえ

3 食物アレルギーの原因食物は何ですか。

食物名：()

4 食物アレルギーの症状はいつ頃からですか。年齢：

()才頃

5 原因食物を摂取後、どのような症状が起こりますか。

食物名	具体的症状	最後の発症年月
		年 月
		年 月
		年 月

6 現在、除去している食べ物はありますか。

いいえ はい（食物名： ）

7 質問6の除去食は、どなたが判断しましたか。

医師 保護者 その他（ ）

8 過去に除去食を行っていたが、現在は食べられるようになったものはありますか。

いいえ はい（食物名： ）
（いつ頃から： ）

9 アレルギー検査を受けたことがありますか。また、その時の検査結果はどうでしたか。

<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい（検査年月日： 年 月 日）
	（陽性の食物： ）
	（病院名： ）

10 運動（汗をかく活動等）で症状を起こしたことはありますか。

いいえ はい ⇒ 食事との関連あり 食事との関連なし

11 アナフィラキシー（呼吸困難・じんましん等）の経験はありますか。

いいえ はい ⇒ (回数 回 最後の発症年月： 年 月)

原因（食物・昆虫刺傷・医薬品・天然ゴム・運動・その他)

症状（呼吸困難・血圧低下・意識喪失・呼吸停止・その他)

12 現在アレルギー疾患の治療のために使用している薬はありますか。

いいえ はい ⇒ (薬の名前：)

13 主治医より運動や課外活動（部活動等も含む）について指導や助言を受けていることはありますか。

いいえ はい ⇒ (指導内容：)

14 その他、事業所生活全般での要望事項などがありますか。

はい いいえ

はいの方は該当事項にご記入ください。

(1) おやつに関する要望（)

(2) イベント（クッキング等）に関する要望

記入年月日 令和 年 月 日

ご氏名 _____