

保育所等におけるアレルギー疾患生活管理指導表 記入前問診票

様式2 ③

フリガナ

記入者： (続柄：)

名前：

記入日： 平成 年 月 日

	除去が必要な食物	摂取状況 (◎、△、×のいずれかと食べている範囲を記入) ◎・・・制限なく食べている △・・・ある程度食べている ×・・・全く食べていない	根拠 (該当するもの全てを記入) ①明らかな症状の既往 ②食物負荷試験陽性 ③IgE抗体等検査結果陽性 ④未摂取
1	鶏卵		
2	牛乳・乳製品 アレルギー用調製粉乳が必要な場合 製品名 ()		
3	小麦		
4	そば		
5	ピーナッツ		
6	大豆		
7	ゴマ		
8	ナッツ類 (すべて・クルミ・アーモンド・その他)		
9	甲殻類 (すべて・エビ・カニ・その他)		
10	軟体類・貝類 (すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ・その他)		
11	魚卵 (すべて・イクラ・タラコ・その他)		
12	魚類 (すべて・サバ・サケ・その他)		
13	肉類 (鶏肉・牛肉・豚肉・その他)		
14	果物類 (キウイ・バナナ・その他)		
15	その他		

アナフィラキシーの既往	有 ・ 無	「有」の場合、原因食物を記載してください。()
-------------	-------	--------------------------

	緊急時に備えた処方薬		
1	内服薬	薬剤名：	なし
2	吸入薬	薬剤名：	なし
3	エピペン®	保育園に依頼・自宅のみ	なし

緊急受診先	病院名	電話番号	診察券番号
-------	-----	------	-------