

児童名		性別	男 ・ 女
生年月日	令和 年 月 日 (現在 歳 ヶ月)		
1. 家族に食物アレルギーの人がいますか？ ☐ いない ☐ いる ☐ 父 ☐ 母 ☐ 兄弟・姉妹 ☐ 祖父 ☐ 祖母			
2. アレルギー反応は、いつ頃、どの部分に、どのような状態であらわれましたか？ ・ いつ () 歳頃 ・ どの部分 ☐ 顔面 ☐ 手・足のくびれ ☐ 胸部・腹部 ☐ 身体全身 ☐ その他 ()			
3. 原因はどのような食べ物でしたか？ ☐ 牛乳・乳製品 ☐ 卵 ☐ 大豆 ☐ 小麦 ☐ 米 ☐ その他 ()			
4. 現在は、何をどのくらい食べると発症しますか？			
5. 現在は、どの部分に、どのような症状があらわれますか？ ・ どこに ☐ 顔面 ☐ 手・足のくびれ ☐ 胸部・腹部 ☐ 身体全身 ☐ その他 () ・ どのような症状 ※具体的に記述してください			
6. 医師に相談したことがありますか？ ☐ ない ☐ ある 病院名 ()			
7. 6で「ある」と答えた場合 ・ 食事に関しての医師の指導はどのようなことでしたか？ ・ 通院の状況を教えてください。 ・ 現在服用していますか？ ☐ していない ☐ している 薬の内容 ()			
8. 6で「ない」と答えた場合 ・ 家庭ではどのように対応していますか？			
9. 園生活で特に注意することがありますか？			