

埼玉県就学前におけるアレルギー疾患生活管理指導表（食物アレルギー・アナフィラキシー）記入前問診票（保護者が記載）

様式 1

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
記入例	鶏卵	△ 加熱鶏卵は食べている。	①、③
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	ソバ		
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の有無	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の有無（「有」の場合、薬剤名を記載してください。）		
内服薬	(有 ・ 無)	薬剤名：
吸入薬	(有 ・ 無)	薬剤名：
エピペン®	(有 ・ 無)	<input type="checkbox"/> 幼稚園、保育所等に保管を依頼 <input type="checkbox"/> 自宅のみ <input type="checkbox"/> 自宅と幼稚園、保育所等に保管（いずれかにチェック（レ）をしてください）

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