

様式3 給食の対応が必要な方へ

食物アレルギー等についての問診票 (新入園児用)

記入日 年 月 日

児童氏名 () (歳) (年 月 日生)

★除去が必要な食物は何ですか？

- 卵(生卵のみ) 牛乳 小麦 大豆 その他()
宗教上(牛肉 牛エキス 豚肉 豚エキス 食器・調理器具は別 その他)

★今までにどんな症状がおきましたか？

- 発疹がでた はれあがった(まぶた・くちびる)
喘息の発作がおきた おう吐した
アナフィラキシーを起こした
その他()

★食物アレルギーが分かったのはいつ頃ですか (才 カ月頃)

★病院で診察を受けていますか？

- 受けている 受けていない
 医療機関名() 受診間隔(月に 回・年に 回)
 投薬 ない ある()
 エピペン ない ある
 食器・調理器具の区別 一緒でよい 別にする
 製造ラインでの微量混入の禁止 ない ある

★具体的に食べられないものはどんなものですか？

卵	<input type="checkbox"/> 卵料理(卵焼き・オムレツなど) <input type="checkbox"/> 卵を多く使ったお菓子 (カステラ・ケーキなど) <input type="checkbox"/> 卵を少し使ったお菓子 (クッキー・ビスケットなど) <input type="checkbox"/> ハンバーグやフライのつなぎの卵 <input type="checkbox"/> 卵を使ったものすべて	小麦	<input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> うどんなどの麺類 <input type="checkbox"/> お菓子類 (カステラ・クッキー等) <input type="checkbox"/> フライの衣 <input type="checkbox"/> 小麦を使ったものすべて
牛乳	<input type="checkbox"/> 牛乳(そのまま) <input type="checkbox"/> ヨーグルト <input type="checkbox"/> シチューなどの牛乳を使った料理 <input type="checkbox"/> 牛乳を使ったお菓子・パン (ホットケーキ、クッキー等) <input type="checkbox"/> 牛乳を使ったものすべて	大豆	<input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 大豆製品 (豆腐・納豆・油揚げ等) <input type="checkbox"/> 大豆油 <input type="checkbox"/> 調味料(しょうゆ、みそ) <input type="checkbox"/> 大豆を使ったものすべて

その他の食品()