

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 ☐一緒によい ☐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	☐ 卵料理(卵焼き・オムレツなど)	小麦	☐ パン
	☐ 卵を多く使ったお菓子 (カステラ・ケーキなど)		☐ うどんなどの麺類
	☐ 卵を少し使ったお菓子 (クッキー・ビスケットなど)		☐ お菓子類 (カステラ・クッキー等)
	☐ ハンバーグやフライのつなぎの卵		☐ フライの衣
	☐ 卵を使ったものすべて		☐ 小麦を使ったものすべて
牛乳	☐ 牛乳(そのまま)	大豆	☐ 大豆
	☐ ヨーグルト		☐ 大豆製品 (豆腐・納豆・油揚げ等)
	☐ シチューなどの牛乳を使った料理		☐ 大豆油
	☐ 牛乳を使ったお菓子・パン (ホットケーキ、クッキー等)		☐ 調味料(しょうゆ、みそ)
	☐ 牛乳を使ったものすべて		☐ 大豆を使ったものすべて

その他の食品()