

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

その他の食品()