食物アレルギー調査票

海田みどり児童クラブ

記入日	年　月　日	記入者	続柄（　）

ふりがな		性別	学年
児童氏名		男・女	年生

アレルギーの有無（全員記載）	有　・　無

アレルギーに関するかかりつけの医療機関をご記入ください。 医療機関名（　）　連絡先（　）	
除去食品 ※○をつけてください	小麦・卵・乳・そば・えび・落花生・かに・大豆 いか・さけ・さば・いくら・あわび・牛肉・鶏肉・豚肉 まつたけ・やまいも・くるみ・ゼラチン オレンジ・キウイフルーツ・バナナ・りんご・もも その他（　）
	【特記事項】 ※○をしたアレルギー食品への対処・対応について詳しく記入ください。
	食物を扱う活動（ 管理不要 ・ 保護者と相談し決定 ）

食物アナフィラキシーを起こしたことがありますか。（ ある ・ ない ）

症状	（　年　月）
病院・家庭での処置や対応	（　年　月）
服薬	服薬はありますか。 （ある【薬名：　】 ない ）
エピペン	エピペンは医師から処方されていますか。（ はい ・ いいえ ）

自由記入欄