

対象者が高校生以下の場合は、必ず保護者が記入してください。

団体名		担当者氏名	
利用日	令和 年 月 日 ~ 月 日	対象者氏名	
		保護者氏名 (日中連絡の取れる電話番号)	(- -)

食物アレルギー等について①～⑧すべての項目にお答えください。

①食物アレルギー等の病型などについてお答えください。

A. 食物アレルギー病型
1.即時型 2.口腔アレルギー症候群 3.食物依存性運動誘発アナフィラキシー

B. アナフィラキシー病型
1.食物(原因) 2.食物依存性運動誘発アナフィラキシー 3.その他()

C. 原因食物
1.鶏卵 2.牛乳・乳製品 3.小麦 4.そば 5.ピーナッツ 6.種実類・木の実類()
7.甲殻類(エビ・カニ) 8.果物類() 9.魚介類() 10.肉類()
11.その他()

D. 緊急時に備えた処方薬
1.内服薬(抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) 2.アドレナリン自己注射薬(「エピペン®」)
3.その他()

②その他特別な理由により対応が必要な場合は、その食材名および詳細をご記入ください。

(例) 宗教上の理由で豚肉が食べられない、服用している薬の関係でグレープフルーツが食べられない など

アレルギーではないが、その他特別な理由がある場合記入してください。

③該当の原因食物の完全除去を必要とする場合は、「完全除去」を○で囲んでください。完全除去を必要としない場合、「項目」の右側に食べられる物は○を、食べられない物は×をご記入ください。

原因食物	完全除去	項目	○・×	項目	○・×
1 鶏卵	完全除去	① 生卵、半熟		④ マヨネーズ、ドレッシング	
		② 完全加熱		⑤ 加工品(ハム、パン、麺、デザート等)	
		③ フライ等のつなぎ		⑥ その他()	
2 牛乳・乳製品	完全除去	① バター、チーズ、生クリーム		④ カレー粉に含まれる乳成分	
		② ヨーグルト、乳酸菌飲料等		⑤ 加工品(ハム、デザート等)	
		③ フライ等のつなぎに含まれる乳成分		⑥ その他()	
3 小麦	完全除去	① フライ等のつなぎ		④ お茶(麦茶)	
		② カレー粉に含まれる小麦粉		⑤ その他()	
		③ しょうゆ等調味料に含まれる小麦粉			
4 そば	完全除去	① ペーストやパウダー		② その他()	
5 ピーナッツ	完全除去	① ペーストやパウダー			
		② その他()			
6 種実類・木の実類	完全除去	① ペーストやパウダー			
		② その他()			
7 甲殻類(エビ・カニ)	完全除去	① 原因食材のだし汁		③ その他()	
		② エキス、ペースト			
8 果物類	完全除去	① 生の状態		④ エキス、ペースト	
		② ジュース		⑤ その他()	
		③ 缶詰			
9 魚介類	完全除去	① 練り物(ちくわ、さつま揚げ、なると等)		④ 原因食材のエキス	
		② 原因食材のだし汁		⑤ その他()	
		③ 味付けのり、ふりかけ			
10 肉類	完全除去	① ペーストやパウダー			
		② その他()			
11 その他()	完全除去	① その他()		③ その他()	
		② その他()		④ その他()	

