

アレルギー調査票
※アレルギーをお持ちのお子様のみ提出

記入日 平成30年 月 日

記入者 (印)

緊急連絡先

学年	スクール生の氏名

食べ物のアレルギーについてお教え下さい (アレルギーをお持ちのお子様お一人につき一枚必要)

1. アレルギーの対象について記載ください

No	食べ物	どれぐらいの量か (A~Dで)	症状 (A~Dで)
①			
②			
③			
④			
⑤			
⑥			

※どれぐらいの量を摂取したらアレルギーの症状がでるか

- (A) そのものを摂取したときのみ症状が出る (多少混ざっていても大丈夫)
- (B) 原材料に含まれていたなら症状が出る (同じ製造ラインは大丈夫)
- (C) 同じ製造ラインでも出る
- (D) その他

※アレルギーのものを摂取した時の症状について

- (A) 口の周りが赤くなったり、かゆみが出たりする程度で、時間がたてば自然と治る
- (B) 腹痛、嘔吐、発熱等の症状が出て、病院へ連れて行く必要がある
- (C) アナフィラキシーショックを起こす可能性がある (起こしたことがある)
- (D) その他

2. アレルギー症状が出た際の薬について

(1) アレルギー症状が出た際の薬は持参しますか。

する・しない (薬品名)

(2) その薬は自分で適切に使用することができますか。

できる・できない (できない場合の対処)

3. 代替食を持参するかどうか

いいえ・はい→はいの場合、下記ご記入願います。

何を持ってくるか

いつ食べさせるか

温めたりする必要があるか

※200人を超える人数で集団生活を致します。できるだけ上記気を付けますが、万が一の際は、緊急連絡先にご連絡させて頂きますので、必ず連絡がつくよう宜しくお願い致します。