

情報提供者: _____ (続柄: _____) 記載日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな

氏名: _____ 生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳 _____ カ月 男・女

1. 今回、相談したい内容はどんなことでしょうか？（例：園での食品解除について相談したい）

2. 食物アレルギーと診断されている、または疑われている食品は何ですか？（複数回答可）

※食べて症状出たことはないが、血液検査などから疑われている食品も含みます。

鶏卵 牛乳・ミルク 小麦 大豆 そば ゴマ ピーナッツ

ナッツ類（クルミ・アーモンド・カシューナッツ・ヘーゼルナッツ・ペカンナッツ・ピスタチオ）

魚類（ _____ ） 甲殻類（エビ・カニ） 軟体類（イカ・タコ・貝類） 魚卵（イクラ・タラコ）

肉類（鶏肉・牛肉・豚肉） その他（ _____ ）

3. 2.の食品についていつ頃、どのような症状が出ましたか？

※食べて症状出たことないが血液検査などから疑われている食品は、「検査陽性のため」と記載ください。

いつ頃	食品	どのような症状
例. 生後9か月	鶏卵	初めて、溶き卵のうどんを食べたら30分で全身にじんましんが出た。
例. 1歳	ピーナッツ	食べたことない。1歳時で採血して検査陽性のため。

4. 2.の食品について、現在どのように対応されていますか？ 食品ごとに①～③の中から選択してください。

① たくさん食べないようにしているが、特に気にせず食べている

② 部分的に除去している（加工品など食べている等） ③ 完全に除去している

食品	現在の対応	詳細（具体的な内容）
例. 鶏卵	②	鶏卵使用のパンやお菓子は食べているが、鶏卵そのものは食べない