

乳幼児・食物アレルギー問診票

- 番外質問①生後1ヵ月以内に、アレルギー性胃腸炎になったことがありますか？（なし・あり）
- 番外質問②かゆみのある湿疹が生後2ヵ月頃からあり、頬・肘・膝に長く続きましたか？（なし・あり）

問1 今までに、食べ物を食べてから2時間以内に、次のような症状が出たことがありますか？
（なし・あり） あれば、身体の各部位毎に、出たすべての症状に○を付けてください。

皮膚 粘膜 A	①がまんできるかゆみ、②猛烈なかゆみ、③部分的なじんま疹・赤み・斑点、④全身のじんま疹・紅潮・斑点、⑤口や唇の腫れ、⑥まぶたの腫れ、⑦顔全体の腫れ、⑧口やのどにかゆみやイガイガ感、⑨のどの奥の方の痛み・むくみ、⑩眼の充血・かゆみ・流涙
呼吸器 B	①突然の強い鼻炎症状（くしゃみ・鼻水・鼻づまり）、②軽い咳、③繰り返す咳込み、④軽い息苦しさ、⑤持続する強い咳込み、⑥犬が吠えるような咳、⑦声がかすれる、⑧締め付けられるような息苦しさ・嚔下困難、⑨ゼーゼーを伴う呼吸困難、⑩呼吸停止
消化器 C	①突然の吐き気や1回の下痢や嘔吐（おうと）、②複数回の下痢や嘔吐、③突然の軽い腹痛（おへそを中心に痛くなる）、④突然の強い腹痛（がまんできない）、⑤持続する強い腹痛（がまんできない）、⑥繰り返し吐き続け、時に便失禁
循環器D	①頻脈・軽度血圧低下・蒼白、②脈が触れにくいまたは不規則、③唇や爪が青白い
神経E	①眠気・軽度頭痛・恐怖感、②ぐったりし意識消失・もうろう・失禁、

症状は、細字が軽度、二重線が中等度、太字が重度です。太字が1つあるか、二重線が複数の部位に2つ以上あればアナフィラキシーです。
（注：D②か③、またはE②の症状があれば、単独でも問3に記入してください）

問2 ある果物・ナッツ類・野菜を食べて、口の中にアレルギー症状（かゆみやイガイガ感、口や唇の腫れ）が出たことがありますか？

（なし・あり） あれば、枠の中の食物に○を付けるか、その他に書き出してください。

果物	アボカド、アンズ、イチゴ、ウメ、オレンジ、カキ、キウイ、グレープフルーツ、サクランボ、スモモ、ナシ、バナナ、ビワ、ブドウ、マンゴー、ミカン、メロン、モモ、リンゴ、
ナッツ類	アーモンド、カカオ、クリ、クルミ、ココナッツ、ナッツ（カシュー・ブラジル・ヘーゼル）、ピーナッツ
野菜	キュウリ、ジャガイモ、ズッキーニ、セロリ、トマト、ナス、ニンジン、パセリ、ヤマイモ

（その他 _____）

問3 問1のA～Eの複数の部位に、同時にアレルギー症状を起こしたことがありますか？

◇あれば、3-1), 2), 3), 4)から選んで番号に○を付け、食物なら食物名を書いてください。

3-1) 食物を摂取、2時間以内に起きた。原因食物名は(_____)
3-2) 食物を摂取した2(～4)時間以内に、運動していて起きた。原因食物名は、(_____)
3-3) 食事に関係なく、運動をただけで起きた。
3-4) 1) 2) 3)以外(ハチ刺傷、その他の昆虫刺傷、医薬品、その他[_____])

◇食物名・運動など原因を【 】内に、各々最も重い時に重なった症状を問1の番号で記入してください。

- 【 _____ 】皮膚粘膜A _____、呼吸B _____、消化C _____、循環D _____、神経E _____
- 【 _____ 】皮膚粘膜A _____、呼吸B _____、消化C _____、循環D _____、神経E _____
- 【 _____ 】皮膚粘膜A _____、呼吸B _____、消化C _____、循環D _____、神経E _____
- 【 _____ 】皮膚粘膜A _____、呼吸B _____、消化C _____、循環D _____、神経E _____

（注：二重下線は◎、太字は赤の◎で番号を○してください）

問4 番外質問①②、問1・問2のいずれかの症状が出て現在除去中の食べ物に、○を付けてください。

鶏卵、牛乳・乳製品、小麦、大豆、ソバ、ピーナッツ、エビ、カニ、

果物、ナッツ類、野菜、魚類、肉類、その他 あれば、その食べ物の名前は？

(_____)

問5 食物負荷試験で陽性といわれ、現在除去中の食べ物がありますか？ あればその名前は？

(_____)

問6 血液検査等で検査陽性といわれ、現在除去中の食べ物がありますか？ あればその名前は？

(_____)

問7 問4・5・6以外に、意識的に現在除去している食べ物に、○を付け、その名前を記入してください。

ソバ、ピーナッツ、エビ、カニ、その他 あれば、その名前は？

(_____)

問診票続き（除去食品の選択表）兼 指示書

問8 保護者の方は 鶏卵、牛乳・乳製品、小麦、大豆、および調味料・添加物について、アレルギー症状+や試験・検査・心配+で除去中の、食べ物の口印に、チェック✓を入れてください。医師は 除去が必要と判断すれば、その食べ物の番号に、○を付けます。

医師(番号に○)

鶏卵アレルギー	
<input type="checkbox"/> 1	生卵入りの生クリーム・アイスクリーム 全卵マヨネーズなど
<input type="checkbox"/> 2	半熟卵を含む料理や菓子 親子どんぶり・かき玉汁・卵とじ カスタードクリーム・卵黄マヨネーズなど
<input type="checkbox"/> 3	加熱卵白を相当量含む料理や菓子 強火処理の親子どんぶり・かき玉汁・卵とじ 卵焼き・茶碗蒸し・ゆで卵・薄焼き卵 プリン・カステラ・ケーキ・菓子パンなど
<input type="checkbox"/> 4	加熱卵白を中等量含む菓子 ドーナツ・卵ポーロ・クッキー・ビスケット
<input type="checkbox"/> 5	つなぎに卵白を少量含む製品 練り製品・ハム・ソーセージ・ベーコン
<input type="checkbox"/> 6	加熱した卵を微量含む 食パン・天ぷら粉・麺類など
<input type="checkbox"/> 7	固ゆで卵の卵黄

医師(番号に○)

牛乳アレルギー	
<input type="checkbox"/> 1a	牛乳・粉ミルク・フルーツ牛乳
<input type="checkbox"/> 1b	生の牛乳を(加熱せず)用いた食品 アイスクリーム・生クリーム
<input type="checkbox"/> 2a	チーズ
<input type="checkbox"/> 2b	加熱牛乳、ヨーグルト
<input type="checkbox"/> 2c	牛乳を加熱して使った料理 プリン、ホワイトソース
<input type="checkbox"/> 3a	乳酸菌飲料
<input type="checkbox"/> 3b	牛乳を含むパン・焼き菓子
<input type="checkbox"/> 4a	バターのみを含むパン・焼き菓子
<input type="checkbox"/> 4b	バター、マーガリンを使った料理
※ 5 分かっている場合、牛乳換算(_____ g)まで	
※ 6 アレルギー用ミルクを使用している場合 ミルク名(_____)	

小麦アレルギー	
<input type="checkbox"/> 1	小麦粉を主体とした製品 うどん、スパゲッティー・パスタ類 麩(ふ)、パン類
<input type="checkbox"/> 2	カレー・シチューなどのルー
<input type="checkbox"/> 3	肉・練り製品のつなぎ
<input type="checkbox"/> 4	オートミール・麦茶
<input type="checkbox"/> 5	小麦入り醤油、味噌など

大豆アレルギー		
<input type="checkbox"/> 1a 豆乳	<input type="checkbox"/> 1b 大豆	<input type="checkbox"/> 1c きなこ
<input type="checkbox"/> 1d 枝豆	<input type="checkbox"/> 1e おから	
<input type="checkbox"/> 2a 納豆	<input type="checkbox"/> 2b 豆腐	
<input type="checkbox"/> 2c 大豆もやし		
<input type="checkbox"/> 3	大豆入り味噌や醤油	
<input type="checkbox"/> 4	大豆油を使った料理や菓子	

(愛媛 2014 一部改変)

調味料・添加物

<input type="checkbox"/> 1-卵殻カルシウム	<input type="checkbox"/> 2-乳糖	<input type="checkbox"/> 3-酢	<input type="checkbox"/> 4-ゴマ油	<input type="checkbox"/> 5-かつお・いりこだし	<input type="checkbox"/> 6-肉エキス
------------------------------------	-------------------------------	------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------

問診票記載 保護者氏名: _____ 保育施設名: _____

医師からの指示 除去すべき食べ物 (問4~7は次の番号に○印して食べ物名を記入、問8は上表の番号に○印)

- 除去 1. 問4 (症状+) の食べ物 (_____)
 2. 問5 (負荷試験+) の食べ物 (_____)
 3. 問6 (血液検査+) の食べ物 (_____)
 4. 問7 (心配+) の食べ物 (_____)

食物除去(要・不要) 緊急時の備え(不要、抗ヒスタミン薬・ステロイド薬内服、エピペン、他 _____)

除去見込み期間: _____ ヵ月、_____ 年、_____ 歳まで その他の配慮(_____)

緊急時連絡医療機関名: 指定(なし・あり _____) 記載日: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

食物アレルギー (なし・あり)
 アナフィラキシー (なし・あり)

医療機関・医師名: _____ (印)