

※入園希望児に食物アレルギーがない場合は提出不要です。

## 食物アレルギー調査票

記入日 令和 年 月 日

児童名	生年月日	年	月	日
1 家族に食物アレルギーの人がいますか？ <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる ( ) 例:兄				
2 アレルギー反応は、いつ頃、どの部分に、どのような症状であられましたか？ ・いつ( )歳頃 ・どこに <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 手・足のくびれ <input type="checkbox"/> 胸部・腹部 <input type="checkbox"/> 身体全身 <input type="checkbox"/> その他 ・どのような症状であられましたか？				
3 原因はどのような食べ物でしたか？ <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 甲殻類(えび・かに) <input type="checkbox"/> 果物 ( ) <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> その他( )				
4 現在は、何をどのくらい食べると発症しますか？				
5 現在は、どの部分に、どのような症状があらわれますか？ ・どこに <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 手・足のくびれ <input type="checkbox"/> 胸部・腹部 <input type="checkbox"/> 身体全身 <input type="checkbox"/> その他 ・どのような症状があらわれますか？				
6 このことで医師に相談したことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 病院名( )				
7 6で『ある』と答えた場合 ・食事に関して医師の指導はどのようなことでしたか？  ・通院の状況はどうか？  ・現在、服薬をしていますか？ <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している/薬の内容( ) ・自己注射が可能な「エピペン®」(エピネフリン自己注射薬)を処方されていますか？ <input type="checkbox"/> されていない <input type="checkbox"/> されている				
8 6で『ない』と答えた場合 ・家庭ではどのように対応していますか？				
9 園生活で特に注意することがありますか？				
10 給食等の除去食対応について <input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 必要あり				

※除去食が必要な場合、事前に入園希望の保育所等に対応可能かしっかりと確認してください。