保育園名：　　　　 　保育園

⑤

記入日：令和　　年　　月　　日

食物アレルギーについての調査票

ふりがな

園児氏名：　　　　　　　　　　　　　　性別：男　・　女　　生年月日：R　　年　　月　　日

※ 新年度、該当するクラスに○をつけて下さい。（　未満　・　年少　・　年中　・　年長　)

住所：

保護者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（携帯可）：

Ⅰ．今現在、食物アレルギーと診断されていますか？ （専門医又はかかりつけ医による診断のみ）

* 診断されている（診断されている方は、Ⅱ．以降を記入）　□ 診断されていない　⇒　記入終了です

Ⅱ．いつ頃食物アレルギーと診断されましたか？　受診した医療機関はどこでしたか？

**（現在に最も近い時期でお答え下さい。）**　　　　　　　　　　**（医療機関名）**

　　　　R　　　年　　　月　頃　　　　　　歳　　ヶ月頃

Ⅲ．原因食物は何ですか？　（　）内に具体的な食物を記入して下さい。

　　□ 鶏卵（　　　　　　）　□ 牛乳・乳製品（　　　　　　　）　□ 小麦（　　　　　　　　　）

　　□ そば（　　　　　　）　□ ピーナッツ　（　　　　　　　）　□ 大豆（　　　　　　　　　）

　　□ ごま（　　　　　　）　□ ナッツ類　　（　　　　　　　）　□ 軟体類・貝類（　　　　　）

　　□ 甲殻類（　　　　　）　□ 魚卵　　　　（　　　　　　　）　□ 肉類（　　　　　　　　　）

　　□ 果物類（　　　　　）　□ その他　　　（　　　　　　　）

Ⅳ．摂食時の症状はどのようになりますか？（既往歴を記入）

□ アナフィラキシーショックになる　　□ 湿疹（皮膚炎）になる　部位（　　　　　　　　　　）

□ じんましんや喘息が出る　部位（　　　　　　　　）　□ その他（　　　　　　　　　　　　）

Ⅴ．接触時の症状はどのようになりますか？（既往歴を記入）

　　□　反応なし　　□反応する　部位（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　□　触らせたことがない　　□触らせないほうが良い

Ⅵ．治療のために使用している薬はありますか？

□ ない　　□ ある（ （　）内に薬品名を記入 ）

　　　　　⇒　□ 内服薬（　　　　　　　　　　）　　□ 吸入薬（　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　□ 外用薬（　　　　　　　　　　）　　□ その他（　　　　　　　　　　　）

Ⅶ．医師の指示に基づきお子さんの給食及びおやつの食物アレルギー対応給食を希望されますか？

□ 希望しない　⇒アレルギーがあるのに希望しない方は理由を記入して下さい。

　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　希望する

Ⅷ．現在、アレルギー疾患の診断を受けていますか？**（診断を受けている方のみご記入下さい）**

□ 気管支喘息　□ アトピー性皮膚炎　□ アレルギー性結膜炎　□ その他（　　　　　　　　　）

**※　食物アレルギー対応給食を希望される方については後日、面談を行います。**

**日程など、詳細につきましては改めてお知らせ致します。**ありがとうございました。