

# アレルギー疾患等に関する調査票

|       |  |     |      |                 |
|-------|--|-----|------|-----------------|
| ふりがな  |  | 性 別 | 記入日  | 令和 年 月 日( 歳 か月) |
| 子ども氏名 |  | 男・女 | 生年月日 | 平・令 年 月 日生      |

保育施設の対応に活用するため、施設関係者に提示することに同意します。

保護者氏名

① 体質的なことについて

- 1 気になる症状 ☐有 ☐無      **※有の方は、2 もご記入ください。**  
2 症状の発生

| 症 状      | 初めての発症 | 直近の発症 | 回 数 |
|----------|--------|-------|-----|
| ひきつけ     | 歳 か月   | 歳 か月  | 回   |
| 熱性けいれん   | 歳 か月   | 歳 か月  | 回   |
| 喘 息      | 歳 か月   | 歳 か月  | 回   |
| アトピー性皮膚炎 | 歳 か月   |       |     |
| じんましん    | 歳 か月   | 歳 か月  | 回   |
| その他( )   | 歳 か月   | 歳 か月  | 回   |

3 蜂さされ経験の有無

|            |   |
|------------|---|
| 有 ( 歳 か月頃) | 無 |
|------------|---|

② アレルギーの状況について

- 1 アレルギーの有無  
☐有 ☐無 ☐不明      **※有の方は、以下 2 3 4 5 も記入してください。**  
2 除去が必要な食品と除去の程度      **(食べたことがないものは口にチェックしてください。)**

| 除去が必要な食品<br>( 食 品 名 ) | 除去の程度(○印をつける) |      | 備 考 (詳細をご記入ください。)<br><b>※食べたことがない場合口にチェック</b> |
|-----------------------|---------------|------|-----------------------------------------------|
|                       | 全 て           | 少量は可 |                                               |
| 卵                     |               |      | <input type="checkbox"/> 食べたことがない。            |
| 牛乳・乳製品 ( )            |               |      | <input type="checkbox"/> 食べたことがない。            |
| 小麦粉 ( )               |               |      | <input type="checkbox"/> 食べたことがない。            |
| 大豆類 ( )               |               |      | <input type="checkbox"/> 食べたことがない。            |
| 肉 類 ( )               |               |      | <input type="checkbox"/> 食べたことがない。            |
| 魚 類 ( )               |               |      | <input type="checkbox"/> 食べたことがない。            |
| 甲殻類・貝類 ( )            |               |      | <input type="checkbox"/> 食べたことがない。            |
| ご ま ( )               |               |      | <input type="checkbox"/> 食べたことがない。            |
| ピーナッツ ( )             |               |      | <input type="checkbox"/> 食べたことがない。            |
| 金属を含む食品 ( )           |               |      | <input type="checkbox"/> 食べたことがない。            |
| 果物類 ( )               |               |      | <input type="checkbox"/> 食べたことがない。            |
| その他 ( )               |               |      | <input type="checkbox"/> 食べたことがない。            |

3 食べた時の症状

吐き気 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 発赤疹 ・ じんましん ・ 顔面の腫れ ・ 身体のかゆみ ・ 喘鳴 ・ 咳込み ・ ショック ・ 結膜症状 ( 充血 ・ かゆみ ・ 流涙 ・ まぶたの腫れ ) ・ 呼吸困難 ・ その他( )

- 4 医療機関の受診 ☐有 (病院名 ) ☐無  
5 治療方法      内服薬 ☐有 (薬 名 ) ☐無  
                         外用薬 ☐有 (薬 名 ) ☐無  
                         食事療法 ☐有 ☐無

○医師の指示書を**既にお持ちの場合は**、写しを添付してください。  
○入所が決定した際に保育施設で再度、詳細をお伺いする場合がありますので御了承ください。