

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 _____ (印)

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 (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。) ※食べたことがない場合口にチェック
	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。