

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

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 (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			☐ 食べたことがない。
牛乳・乳製品 ()			☐ 食べたことがない。
小麦粉 ()			☐ 食べたことがない。
大豆類 ()			☐ 食べたことがない。
肉 類 ()			☐ 食べたことがない。
魚 類 ()			☐ 食べたことがない。
甲殻類・貝類 ()			☐ 食べたことがない。
ご ま ()			☐ 食べたことがない。
ピーナッツ ()			☐ 食べたことがない。
金属を含む食品 ()			☐ 食べたことがない。
果物類 ()			☐ 食べたことがない。
その他 ()			☐ 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。