

※入所・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 年 月 日

児 童 名	性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日 生 (現 在 歳 か 月)	第 子
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 (父 ・ 母 ・ 兄 弟 ・ 姉 妹 ・ 祖 父 ・ 祖 母)		
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すか？		
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 () ・どのような症状であられましたか？		
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？ ・通院の状況はどうですか？ ・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 保育所生活で特に注意することがありますか？		
10 給食等の個別対応について <input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 必要あり ※除去食などの個別対応が必要な場合は、定期的に医師記載の生活管理指導表等の提出が必要です。		

※個別対応が必要な場合、事前に入所希望の施設で対応可能かしっかりと確認してください。