

■食物アレルギー調査票

この調査票は、保育所等の利用にあたり、お子様の食物アレルギーの状況について御記入いただくものです。

記入日：平成 年 月 日

記入者氏名：

〔父・母・祖父・祖母・その他()〕

▼児童について

児童氏名	ふりがな	男・女
生年月日	平成 年 月 日生 (現在 歳 か月)	第 子

▼受診状況について

かかりつけ医院	病院・小児科
食物アレルギーについて 医師に相談していますか？	<input type="checkbox"/> 相談していない <input type="checkbox"/> 相談している →どのような診断・指導がありましたか？ ()
食物アレルギー検査を 受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> 血液(IgE抗体等)検査 (検査年月：平成 年 月) <input type="checkbox"/> 皮ふテスト (検査年月：平成 年 月) <input type="checkbox"/> 食物負荷試験 (検査年月：平成 年 月)
エピペンを処方されていますか？	<input type="checkbox"/> 処方されていない <input type="checkbox"/> 処方されている

▼食物アレルギーの状況について

食材名	初めてアレルギー 症状が出た時期	症状の 種類	症状が 出た部位	アナフィラキシーショックを起こした ことはありますか？	ご家庭での 対応状況
	歳 か月頃			ない・ある (歳 か月頃)	完全除去・部分除去
	歳 か月頃			ない・ある (歳 か月頃)	完全除去・部分除去
	歳 か月頃			ない・ある (歳 か月頃)	完全除去・部分除去
	歳 か月頃			ない・ある (歳 か月頃)	完全除去・部分除去
	歳 か月頃			ない・ある (歳 か月頃)	完全除去・部分除去

※「完全除去」：原因食材を完全に除去する。原因食材が触れた調理器具も使用不可。
 「部分除去」：加工品や少量なら摂取する。(生卵は×だが、卵の入ったクッキーは○等)

▼希望の食物アレルギー対応方法

- 基本的には給食(除去食)を希望するが、対応困難な場合は弁当持参も可能
 毎日弁当持参を希望
 その他 ()

※アレルギー対応状況は保育所等により異なります。すべての保育所等において希望の対応ができるとは限りません。

▼食物アレルギー以外のアレルギーがある場合や、保育所等での生活で特に注意することがある場合は、詳細を下記に御記入ください。

--