

	0歳	1歳	2歳	満3歳	3歳	4歳	5歳
保護者印							
看護師印							

アレルギー調査票

記入年月日： 年 月 日

クラス： _____

なまえ： _____ 男・女

(現在 歳 月)

保護者名： _____ 印

はい・いいえのどちらかに☑をお願いします。

食物アレルギーがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
※「はい」と答えた方は、「保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表」をお渡しします 「保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表」は年1度提出となります また、下記のアンケートにご記入下さい ※「いいえ」の方はこれで終了です。(過去にあった場合は裏面アンケートにご記入ください)		
気管支喘息がありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
アトピー性皮膚炎がありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
アレルギー性結膜炎がありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
アレルギー性鼻炎がありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
※「はい」と答えた方は、「保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表」の提出は必要ありません 園生活で特別な管理が必要な場合は、園にご相談ください ※「いいえ」の方はこれで終了です		

1. 食物アレルギー原因食物について

①食物アレルギーを起こす原因食物は特定されていますか？

(_____)

②現在除去中の食べ物はありますか？

いいえ はい (食物名： _____)

③除去食の判断はどなたがしましたか？ 医師 保護者 その他 (_____)

④アレルギー検査を受けたことがありますか？その時の検査結果、検査日はいつですか？

いいえ はい (検査日： _____ 陽性の食物名： _____)

⑤過去に除去食を行っていたが現在は食べられるようになった食物はありますか？

いいえ はい (食物名： _____)

2. 食物アレルギーの症状について

原因食物を摂取後、どのような症状が起こりますか？

(_____)

3. **アナフィラキシーについて**

アナフィラキシーの経験はありますか？ はい いいえ

エピペン等、緊急時に備えた処方薬はありますか？ はい いいえ

【アナフィラキシーとは】

食物、薬物、蜂刺されなどが原因で発生する全身性の急性アレルギー反応で、急激な症状悪化から死に至る可能性もある重篤なアレルギー反応です。アナフィラキシーでよくみられる症状として、じんましん、呼吸困難、腹痛、嘔吐、下痢および血圧低下を伴うショック等があります。

4. **給食対応について**

除去食を希望しますか？ はい いいえ

除去物質 卵 乳 甲殻類 その他 ()

※幼稚園給食の「提供の除去食」は卵・乳・甲殻類の除去食となります。

※除去食を希望される場合、「保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表」が必要となります。

5. **コンタミネーション(微量混入)について**

コンタミネーションはOK コンタミネーションもNG

6. **その他、特記すべき事項がありましたらご記入下さい。**

Large empty rounded rectangular box for additional notes.