

■食物アレルギー調査票

この調査票は、保育ルームの利用にあたり、お子様の食物アレルギーの状況についてご記入いただくものです。

記入日：西暦 年 月 日

記入者氏名：

▼乳幼児について

乳幼児氏名	ふりがな	登録 No.
生年月日	年 月 日生	(現在 歳 か月)

▼受診状況について

受診している医療機関	医療機関名：	/電話番号
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？ (具体的に：)	
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： 年 月) <input type="checkbox"/> 皮ふテスト (検査年月： 年 月) <input type="checkbox"/> 食物負荷試験 (検査年月： 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	

▼食物アレルギーが発症した場合の連絡方法

<input type="checkbox"/> アレルギーが発症した場合、直ちに救急車を呼ぶ。
<input type="checkbox"/> アレルギーが発症した場合、直ちに緊急連絡先に電話をかける。(連絡先：)
<input type="checkbox"/> アレルギーが発症した場合、しばらく様子を見てから緊急連絡先に電話をかける。(連絡先：) (具体的に：)
<input type="checkbox"/> その他 ()

▼他のお子さんとの食事スペース

<input type="checkbox"/> 配慮してほしい
<input type="checkbox"/> ほかのお子さんと一緒に良い
<input type="checkbox"/> その他 ()

▼食物アレルギー以外のアレルギーがある場合や、保育ルームでの生活に注意することがある場合は、詳細をご記入ください。

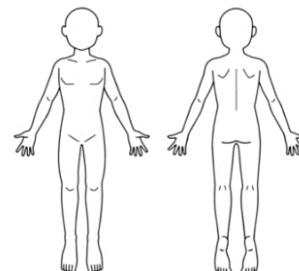
--

*アレルギーの症状、検査結果等 変更点があればお知らせください。

▼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
	歳 月 日頃	<input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> その他 ()	

アナフィラキシーショックをおこしたことはありますか？	ご家庭での対応状況
ない・ある (歳 月 日頃)	完全除去・部分除去

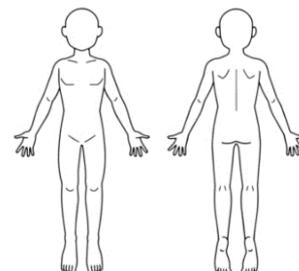


※「完全除去」原因食材を完全に除去する。

「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)

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
	歳 月 日頃	<input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> その他 ()	

アナフィラキシーショックをおこしたことはありますか？	ご家庭での対応状況
ない・ある (歳 月 日頃)	完全除去・部分除去



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
	歳 月 日頃	<input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> その他 ()	

アナフィラキシーショックをおこしたことはありますか？	ご家庭での対応状況
ない・ある (歳 月 日頃)	完全除去・部分除去

