

■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 (検査年月： 年 月) ※アレルギーと認められた食品項目にチェックをしてください。 (発症していなくてもアレルギーと認められた項目にはチェックをしてください) <table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/>卵</td><td><input type="checkbox"/>乳</td><td><input type="checkbox"/>落花生</td><td><input type="checkbox"/>小麦</td><td><input type="checkbox"/>そば</td><td><input type="checkbox"/>えび</td><td><input type="checkbox"/>かに</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>くるみ</td><td><input type="checkbox"/>アーモンド</td><td><input type="checkbox"/>あわび</td><td><input type="checkbox"/>いか</td><td><input type="checkbox"/>いくら</td><td><input type="checkbox"/>オレンジ</td><td><input type="checkbox"/>カシューナッツ</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>鶏肉</td><td><input type="checkbox"/>牛肉</td><td><input type="checkbox"/>ごま</td><td><input type="checkbox"/>さけ</td><td><input type="checkbox"/>さば</td><td><input type="checkbox"/>大豆</td><td><input type="checkbox"/>キウイフルーツ</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>バナナ</td><td><input type="checkbox"/>豚肉</td><td><input type="checkbox"/>松茸</td><td><input type="checkbox"/>もも</td><td><input type="checkbox"/>やまいも</td><td><input type="checkbox"/>りんご</td><td><input type="checkbox"/>ゼラチン</td></tr><tr><td colspan="7">その他 ()</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> 卵	<input type="checkbox"/> 乳	<input type="checkbox"/> 落花生	<input type="checkbox"/> 小麦	<input type="checkbox"/> そば	<input type="checkbox"/> えび	<input type="checkbox"/> かに	<input type="checkbox"/> くるみ	<input type="checkbox"/> アーモンド	<input type="checkbox"/> あわび	<input type="checkbox"/> いか	<input type="checkbox"/> いくら	<input type="checkbox"/> オレンジ	<input type="checkbox"/> カシューナッツ	<input type="checkbox"/> 鶏肉	<input type="checkbox"/> 牛肉	<input type="checkbox"/> ごま	<input type="checkbox"/> さけ	<input type="checkbox"/> さば	<input type="checkbox"/> 大豆	<input type="checkbox"/> キウイフルーツ	<input type="checkbox"/> バナナ	<input type="checkbox"/> 豚肉	<input type="checkbox"/> 松茸	<input type="checkbox"/> もも	<input type="checkbox"/> やまいも	<input type="checkbox"/> りんご	<input type="checkbox"/> ゼラチン	その他 ()						
<input type="checkbox"/> 卵	<input type="checkbox"/> 乳	<input type="checkbox"/> 落花生	<input type="checkbox"/> 小麦	<input type="checkbox"/> そば	<input type="checkbox"/> えび	<input type="checkbox"/> かに																														
<input type="checkbox"/> くるみ	<input type="checkbox"/> アーモンド	<input type="checkbox"/> あわび	<input type="checkbox"/> いか	<input type="checkbox"/> いくら	<input type="checkbox"/> オレンジ	<input type="checkbox"/> カシューナッツ																														
<input type="checkbox"/> 鶏肉	<input type="checkbox"/> 牛肉	<input type="checkbox"/> ごま	<input type="checkbox"/> さけ	<input type="checkbox"/> さば	<input type="checkbox"/> 大豆	<input type="checkbox"/> キウイフルーツ																														
<input type="checkbox"/> バナナ	<input type="checkbox"/> 豚肉	<input type="checkbox"/> 松茸	<input type="checkbox"/> もも	<input type="checkbox"/> やまいも	<input type="checkbox"/> りんご	<input type="checkbox"/> ゼラチン																														
その他 ()																																				
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"/> 他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。

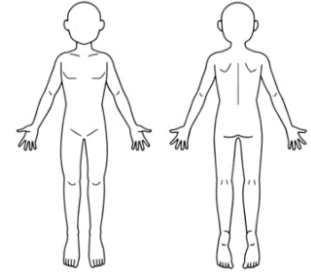
--

*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

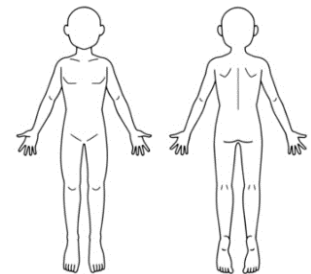


※「完全除去」原因食材を完全に除去する。

「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

