

## 食物アレルギー調査票

|                |  |              |    |   |   |           |
|----------------|--|--------------|----|---|---|-----------|
|                |  |              | 令和 | 年 | 月 | 日         |
| (ふりがな)<br>園児名  |  | 生年月日         | 令和 | 年 | 月 | 日<br>( 歳) |
| (ふりがな)<br>保護者名 |  | 入園を<br>希望する園 |    |   |   |           |

(1) 食物アレルギーはありますか ( はい ・ いいえ )

**(2) 以降は(1)で「はい」に○をつけた方のみ記入してください。**

(2) 原因食品は何ですか。(該当するもの全て記入してください。)

(3) 原因食品を食したときに現れる症状はどのようなものですか。(該当するもの全てに○印を付してください。)

・じんましん ・腹痛 ・嘔吐 ・呼吸困難 ・その他の症状( )

(4) アナフィラキシーショックを起こした経験がありますか。

( はい ( 年 月 頃【食品名: 】 ) ・ いいえ )

※現在、エピペンを処方されていますか。 ( はい ・ いいえ )

(5) 医師の診断について

①医師の診断を受けたことがありますか。 ( はい ・ いいえ )

②医師の最終診断はいつですか。 ( 年 月 日 )

(6) 家庭での食事の状況について

・原因食品をどのようにしていますか。(該当するものに○を記入してください。)

\*除去している

\*体調によって除去している

\*加工食品等わずかに入っているものは食べている(具体例: )

\*特に配慮していない

\*その他 ( )

(7) 学校(園)給食での食物アレルギーの対応を必要としますか

※給食では、そば・ピーナッツ・アーモンド・くるみ・その他のナッツ類は提供する  
ことはありません。また、卵は生卵の状態での卵料理は提供いたしません。

( 必要とする ・ 必要としない )

(8) 園生活(園外保育・クッキング等)での食物アレルギーの対応を必要としますか。

( 必要とする ・ 必要としない )

(9) 食物アレルギーの対応を必要とする方は住所および連絡先(固定電話または携帯番号)を記入してください。

|     |  |      |  |
|-----|--|------|--|
| 住 所 |  | 電話番号 |  |
|-----|--|------|--|

※この調査票は目的以外に使用しません。