

食物アレルギー調査票

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

(1) 食物アレルギーはありますか (はい ・ いいえ ・ 離乳食を始めていない)

(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。