

◇食物アレルギーに関する調査票

しめい  
氏名

( 年 月 日生 )

【該当するところに  チェック及び記入をお願いします】

1 食物アレルギーについてお聞きします。

① いつごろから症状がでましたか。( 歳 か月頃から )

② 今までどのような症状がでましたか。

発疹       発赤       じんま疹       吐き気・おう吐       下痢

ぜいぜいする       アナフィラキシー       アナフィラキシーショック

その他 ( )

※アナフィラキシー症状の経験がある場合にお答えください。

回数: 回      最後の発症年月日: 年 月      原因食物:

③ 食物アレルギーの原因となっている食物は何ですか。

食物名:

④ 現在、除去している食物はありますか。

ない       ある (食物名: )

⑤ 食物を除去しているのは、医師の指示ですか。

医師の指示による       医師の指示ではなく、保護者の判断による

⑥ ご家庭内での食物除去の対応についてお答えください。

除去食物を家族は食べている       調理器具などは専用       除去食物は家族も食べない

⑦ 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。

ない       ある (食物名: )

2 食物アレルギーの症状についてお聞きします。

① 原因食物を食べた後にどのような症状がおこりましたか。

何歳の時何を食べて	具体的な症状と対応
(例) 11か月 卵焼き	(例)食後30分、腹部に蕁麻疹がでた。すぐに、小児科を受診。血液検査を受ける。内服薬(抗ヒスタミン)を処方され症状は治まった。その後、卵は全く食べていない。

～保護者記入～

様式 2(裏)

② 運動により症状を発症したことはありますか。

ない

ある → 具体的な症状( \_\_\_\_\_ )

### 3 食物アレルギー治療薬についてお聞きします。

① 現在、食物アレルギーの治療のために、使用している薬はありますか。

ない

ある 内服薬( \_\_\_\_\_ )

吸入薬( \_\_\_\_\_ )

外用薬( \_\_\_\_\_ )

注射薬( \_\_\_\_\_ )

② 薬の携帯が必要ですか。

必要ない  必要 薬剤名:( \_\_\_\_\_ )

※保育園で薬をお預かりする場合、「与薬依頼書」の提出が必要です。

### 4 保育園での対応についてお聞きします。

① 給食での食物アレルギーによる個別対応が必要ですか。

必要ない

必要 → 医療機関を受診し「保育園におけるアレルギー疾患生活管理表(様式3)」を提出してください。主治医の指示に沿って、除去食を提供します。

※ 保育園給食では、ナッツ類、そば、キウイフルーツ、生卵、魚卵は提供しません。

※ 1、2、3の状況から、給食を食べることが無理な場合は、ご家庭から弁当(昼食、おやつなど)を持参していただくことがあります。

② お子さんの食物アレルギーについて、給食や保育活動などで心配なこと、配慮が必要なことがありますか。また、その他のアレルギー(ラテックス、ハウスダスト、動物等)がありましたら、ご記入ください。

● 保育園における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本紙「食物アレルギーに関する調査票」に記載された内容を全職員で共有することに同意します。

記入年月日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者署名: \_\_\_\_\_