

保育園食物アレルギーに関する調査票

記入日 令和 年 月 日

保護者署名：_____

令和 年度のクラス	ふりがな	
ひよこ・りす・うさぎ 花・星・月	園児氏名	

※食物アレルギーについてお聞きします。該当する項目に✓チェック及び記入をお願いいたします。

1. 現在、食物アレルギーはありますか？

☐ はい （以下、①～⑧にお答えください） ☐ いいえ（質問は終わりです）

①いつごろから症状がでましたか。（ 歳 カ月頃から）

②今までどのような症状がでましたか。

☐ 発疹 ☐ じんましん ☐ 下痢 ☐ 吐き気・おう吐 ☐ 唇等が腫れる

☐ 鼻づまり ☐ 涙 ☐ 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 H・R 年 月 原因食物：_____

③食物アレルギーの原因となる食物は何ですか。

食物名：_____

④現在、除去中の食べ物がありますか。

☐ はい（食物名：_____） ☐ いいえ

⑤④の除去中の食べ物については、主治医より指示を受けて実施していますか。

☐ はい ☐ いいえ

⑥過去に除去を行っていたが、現在は食べられるようになった食べ物がありますか。

☐ はい（食物名：_____） ☐ いいえ

⑦原因食物を摂取した後起こる症状は何ですか。

食品名	具体的な症状等

□ はい → 食事との関係はありますか。□ はい □ いいえ
□ いいえ

①現在、食物アレルギーの治療を行っていますか。

☐ はい ☐ いいえ

内服薬：()

吸入薬：()

外用藥：()

注射藥：()

②薬の携帯等が必要です。

☐ はい ☐ いいえ

藥劑名：()

①保育園給食等で除去食の必要がありますか。

☐ はい ☐ いいえ

→必要な場合には、主治医記入の「保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表」の提出が必要です。

②保育園給食の範囲内での除去食・代替食を希望しますか。

☐ はい ☐ いいえ

→給食での除去食・代替食の対応ができない場合もありますのでご承知おきください。

③保育所で症状・発作等が起きた場合の対応についてご記入ください。

□しばらく様子を見てよい。

☐ 家族（ ）に連絡をいれてほしい。（連絡先： ）

☐ 医療機関での処置が必要（医療機関名： 電話： ）

☐ その他 ()

④お子さんの食物アレルギーについて、給食で心配なことがありますか。また、その他のアレルギーがありましたらご記入ください。（例：ラテックス、ハウスダスト、動物等）

--