

アレルギー調査票

うたごえ保育園

記入日 年 月 日

ふりがな

保護者氏名

ふりがな

氏名 (男・女)

生年月日 年 月 日 (歳 ヶ月)

※ 次の質問について、当てはまるものに“○”をし、必要に応じて具体的に記入して下さい。

質問1	お子さんは、医師からアレルギー疾患があると診断されていますか。	はい	いいえ
-----	---------------------------------	----	-----

質問は以上です

※ 以下は、『質問1』で“はい”と回答した方のみご記入ください。

質問2	① 食物アレルギー【該当する原因食品に○を付けて下さい。 鶏卵・牛乳・乳製品・小麦・そば・大豆・ピーナッツ・ごま ナッツ類・甲殻類・貝類・魚卵・魚類・肉類 果物類()・その他()	あり	なし
	② 気管支ぜん息	あり	なし
	③ アトピー性皮膚炎	あり	なし
	④ アレルギー性鼻炎	あり	なし
	⑤ アレルギー性結膜炎	あり	なし
	⑥ その他(アレルギーの内容を記入してください。)	あり	なし

質問3	① 『質問2』で“あり”に○がついたアレルギー疾患では、どのような症状が現れますか。 湿疹・じんましん・痒み・赤み・嘔吐・下痢・咳き込み・呼吸困難 ショック・その他()・不明		
	② 『質問2』で“あり”に○がついたアレルギー疾患では、身体のどの部分に症状が出ますか。 顔・手・足・胸・お腹・背中・お尻・全身 その他()		

質問4	お子さんは、医師から上記の疾患により保育園生活における配慮が必要であると診断されていますか。	はい	いいえ
-----	--	----	-----

質問は以上です

※ 以下は、『質問4』で“はい”と回答した方のみご記入ください。

質問5	アナフィラキシーやアナフィラキシーショックを起こしたことはありますか。	はい	いいえ
質問6	エピペン®を処方されていますか。	はい	いいえ
質問7	① 気管支ぜん息により、激しい発作を起こすことがありますか。	はい	いいえ
	② 食物アレルギーのため、医師の診断と指示に基づいて食事の対応を行っていますか。	はい	いいえ
	③ 運動後に食物アレルギーの症状を発症したことがありますか。	はい	いいえ
	④ その他、重度の症状を誘発するアレルギー反応がある場合はご記入下さい。 (例: 蜂、薬等)	はい	いいえ

※ 質問4～質問7に1つでも“はい”と回答した場合は、『生活管理指導表』の提出をお願い致します。
医師の診断に基づき、アレルギーへの対応を決定致します。