

アレルギーに関する調査票

記入日： 年 月 日

ふりがな
園児氏名

(男・女)

生年月日 年 月 日生(満 歳)

【アレルギー疾患について】

- ① 現在治療中のアレルギー疾患はありますか？
喘息 アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎
食物アレルギー アレルギー性結膜炎 蕁麻疹・湿疹 その他
- ② アレルギー症状を引き起こす原因は何ですか？
ダニ ハウスダスト ペットのフケ、毛等 花粉 カビ 蜂毒 ラテックス
食物(種類は質問③) 金属 薬物() その他()
- アレルギーがあると思われたきっかけは何ですか？
記入例：9ヶ月頃全卵を食べて湿疹が出た

※必要な場合には、主治医による別紙『生活管理指導表』をご提出ください。

【食物アレルギーの原因食物について】

- ③ 食物アレルギーを起こす原因物質は何ですか？
食物名()
- ④ 現在除去中の食べ物はありますか？
いいえ はい(食物名)
- ⑤ 上記質問の原因食物はどなたが判断しましたか？
医師 医療機関名()
保護者 その他()
- ⑥ 主治医からコンタミネーション(製造ライン同一)不可と言われたことがありますか？
いいえ はい()
- 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べ物はありますか？
いいえ はい(食物名)
- ⑧ 保育園の給食等で除去食の必要がありますか？
いいえ はい
- ⑨ 原因物質を摂取した後に起こる症状は何ですか？

食物名	具体的症状	食物名	具体的症状

- ⑩ アナフィラキシーショックの経験はありますか？
いいえ はい (回数： 回、最後の発症年月： 年 月)
(原因：)

【アレルギーの治療薬について】

- ⑪ 現在アレルギー疾患の治療のため使用している薬はありますか？
いいえ はい (薬：)
(その他：)
- ⑫ 主治医からエピペンが処方されていますか？
はい いいえ

【保育園の対応について】

- ⑬ 主治医より生活面について注意を受けていることがありますか？
いいえ はい(内容：)

その他、要望事項等：