

アレルギーに関する確認票

児童名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) R9.4.1 時点

■ 以下の質問について、該当する項目の記入をお願いします。

1. アレルギーの原因食品（物質）

(_____)

2. アナフィラキシーショックの有無

無 ・ 有 （直近の既往歴 _____ 年 _____ 月 _____ 日）

3. アレルギーの症状が出たときの状況、そのときの症状についてできるだけ詳しく教えてください。

例：いつ頃か、食べた又は触れた、原因食品（物質）が分からなかった又は分かっていたが誤って摂取してしまった、そのときどのような状況だったか、症状（咳き込みや呼吸困難、発疹や発熱等）

状況 (_____)
症状 (_____)

4. エピペンの所持

無 ・ 有

5. その他、症状発生時の処方薬

無 ・ 有 お薬名 (_____)

6. 普段の食事について

☐ 除去は行っていない

☐ 除去を行っている ⇒ 質問6へ

7. 除去を行うレベルを教えてください。

☐ 食器や調理器具は他の家族と同じものを使用している

☐ 調理場所や鍋を変えて対応するレベル

☐ 食べる場所を変えないといけないレベル

☐ その他 (_____)

8. 園の給食で気をつけてほしいことはありますか？あれば記入してください。

(_____)

9. 食材にふれる保育園活動や原因物質に関する活動で制限はありますか？

例：小麦粘土、豆まき、牛乳パックの工作、園庭での活動等

無 ・ 有 ⇒ できないこと（ ）

10. 入所決定園で、ご要望の給食の対応ができない場合、お弁当（おやつ含む）持参で対応して頂く場合がありますが、よろしいですか？

はい ・ いいえ

11. その他、追記事項があれば記載してください。

（ ）

令和 年 月 日

保護者氏名 : _____