

◇食物アレルギーに関する調査票

我孫子市立保育園

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: _____