

# アレルギー調査書 (令和 年 月 日記入)

園児名	(男・女)	園長	主任	担任	看護師	保育課
園名						
生年月日	年 月 日( 歳 か月)					

●アレルギーはありますか ( はい ・ いいえ )  
 (はい) を選択した方は以下の質問にお答えください。 (いいえ) を選択した方はここで終わりです。

●アレルギーの原因と予想される症状を記入してください。 できるだけ、詳細に記入してください。

食 物		食物以外 (動物、ダニ、ほこりなど)
食 物	症 状	
【例】生卵を食べる	赤い発疹が出る	【例】 動物を触ると呼吸困難

上記のアレルギーについて医療機関を受診したことがありますか ( はい ・ いいえ )

医療機関名 ( )  
 診断名 ( )  
 薬の処方 (なし・あり ( ))  
 指示内容 【例】生卵を食べない、小麦粉を触らないなど ( )  
 定期受診 (あり・なし (理由 ))  
 最後の受診日 ( 年 月 日)

●アナフィラキシー症状\*を起こしたことがありますか? (はい・いいえ) \*呼吸困難・血圧低下・意識障害等  
 最後の発症年月 ( 年 月) 原因となったもの ( )

●給食の対応 \*除去対応は、医師の指示に基づいて行います。

- 1 給食を中止して弁当を持参する
- 2 園で原因食品を除くまたは、一部の物を家庭から持参する
- 3 対応の必要なし

上記で1、2の場合は、下記のいずれかを提出してください。(1年以内のもの)

・医師の指示書類 (診断書・生活管理指導表・食事指導指示書など) ・検査結果の写し

給食やおやつの原材料を表記したアレルギー資料は必要ですか?

( はい ・ いいえ )

●症状が起こった場合の園での対応をお知らせください。