

アレルギー状況調査票【新規用】

この調査票は、入園時、及びアレルギー疾患の診断を受けた場合に提出していただくものです。

園名：	【記入日】 年 月 日		
ふりがな 園児氏名	性別	生年月日（年齢）	保護者氏名
	男・女	年 月 日（ 歳 カ月）	

★下記の質問事項について☑あるいは必要事項をご記入ください。

問 1. 現在、お子様にアレルギー（疑い含む）はありますか。

☐ いいえ ⇒ 「いいえ」の方は、裏面の同意欄（署名）のみご記入ください。

☐ はい



以下の該当する項目にご記入ください（裏面の同意欄（署名）を含みます）。

☐ 食物アレルギー

☐ 気管支喘息

☐ アレルギー性鼻炎（花粉症）

☐ アレルギー性結膜炎（花粉症）

☐ アトピー性皮膚炎

☐ じんましん

☐ その他（

）

※「はい」に当てはまる場合は、職員との面談や生活管理指導表の提出をお願いする場合があります。

問 2. 問 1 で「はい」に☑を入れた方にお聞きます。

(1) アナフィラキシーの経験はありますか。

☐ いいえ

☐ はい ⇒

発生時期： 年 月

原因と症状：

対処方法：

(2) アレルギー症状出現時（アナフィラキシー含む）の処方薬がありますか。

☐ いいえ

☐ はい ⇒

種類	
<input type="checkbox"/> 内服薬	
<input type="checkbox"/> 外用薬	
<input type="checkbox"/> 注射薬	
<input type="checkbox"/> その他	

(3) (2)で「はい」に☑を入れた方にお聞きます。

処方薬について、園での保管や投薬が必要ですか。

☐ いいえ

☐ はい

裏面へ

問3. 食物アレルギー以外に☑を入れた方にお聞きます。

(1) アレルギー疾患について詳しくご記入ください。

アレルギー疾患名	発症時期	症状を引き起こす原因	主な症状	現在の治療内容	かかりつけ医 (医療機関名)
	歳 か月				
	歳 か月				
	歳 か月				

(2) 医師から指導や助言を受けていること、園生活で配慮が必要なことはありますか。

☐ いいえ

\square はい \Rightarrow

指導内容及び配慮が必要なこと：

問 4. 食物アレルギーに☒を入れた方にお聞きます。

(1) 現在、除去している食物はありますか。

☐ いいえ

☐ はい \Rightarrow

食物名：

(2) その食物除去は、どなたの判断によるものですか。

☐ 医師☐ 保護者☐ その他 (

)

(3) 原因食物を食べると、どのような症状が起こりますか。詳しくご記入ください。

原因食物	発症時期	主な症状	症状出現時の 対処方法等	現在の 治療内容	かかりつけ医 (医療機関名)
	歳 か月				
	歳 か月				
	歳 か月				

(4) 原因食物について、給食での配慮（除去食等の提供）が必要ですか。

☐ いいえ☐ はい

(5) 医師から指導や助言を受けていること、園生活で配慮が必要なことはありますか。

☐ いいえ

☐ はい ⇒

指導内容及び配慮が必要なこと：

この調査票に記載された内容について、園職員、山武市役所担当課及び関係機関等が情報共有し、園での日常の取り組み及びアレルギー対応のために活用することに同意します。

年 月 日 保護者署名：