

*令和 年 月 日までに高田幼稚園へ提出してください。

幼稚園における食物アレルギーに関する調査票(保護者記入用)

氏名		男・女
保護者氏名	④	連絡先 日中連絡がとれるTEL番号

※該当する□にチェックを入れ、必要事項をご記入ください。

記入年月日 令和 年 月 日

1 食物アレルギーはありますか。

はい いいえ ⇒ いいえの方は、以下の記入の必要はありません。

2 給食や食物を扱う行事や活動等での食物アレルギー対応(除去食・代替食・献立や食材一覧の連絡など)は必要ですか。

はい いいえ

3 食物アレルギーの原因食物は何ですか。

食物名：()

4 食物アレルギーの症状はいつ頃からですか。

年齢：()才頃

5 原因食物を摂取後、どのような症状が起こりますか。

食物名	具体的症状	最後の発症年月
		平成 年 月
		平成 年 月
		平成 年 月
		令和 年 月
		令和 年 月

6 現在、除去している食べ物はありますか。

いいえ はい(食物名：)

7 質問6の除去食は、どなたが判断しましたか。

医師 保護者 その他()

8 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ものはありますか。

いいえ はい (食物名：)
(いつ頃から：)

9 アレルギー検査を受けたことがありますか。また、その時の検査結果はどうでしたか。

いいえ はい (検査年月：)
(陽性の食物：)
(病院名：)

10 運動(汗をかき活動等)で症状を起こしたことはありますか。

いいえ はい ⇒ 食事との関連あり 食事との関連なし

11 アナフィラキシー(呼吸困難・じんましん等)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(食物・昆虫刺傷・医薬品・天然ゴム・運動・その他)
症状(呼吸困難・血圧低下・意識喪失・呼吸停止・その他)

12 現在アレルギー疾患の治療のために使用している薬はありますか。

いいえ はい ⇒ (薬の名前：)

13 現在エピペン®を処方されていますか。

いいえ はい ⇒ (エピペン® 本 使用有効期限 年 月 日)

14 主治医より運動等について指導や助言を受けていることはありますか。

いいえ はい ⇒ (指導内容：)

15 その他、園生活全般での要望事項などがありますか。 はい いいえ
はいの方は該当事項にご記入ください。

- (1) 給食に関する要望 ()
(2) 行事(文化祭バザー等)や食べ物を扱う活動等に関する要望 ()
()
(3) その他(園全般での要望等) ()

*園での個別の対応が必要な場合は、後日、保護者の方と面談をさせていただきます。
*アドレナリン自己注射薬(エピペン®)を処方されている場合は、消防署との申し合わせにより、消防署に情報提供をさせていただきます。ご承知ください。