**厚真町　こども園**

**アレルギーに関する調査表**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日　平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

※必要事項を記入し、該当する箇所に🗹をつけてください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな園児氏名 |  | 生年月日性　別 | 平成　 年 　月 　日生* 男　　　□　女
 |
| 食物アレルギーの有無 | * 有　　　□　無
 | 食物アレルギー以外の有無 | * 有　　　□　無
 |
| 食物アレルギーで医師の診察を受けたことがありますか？ | * 有　　　□　無
 | 初診は何歳ごろですか？ | 　　　歳　　　ヶ月 |
| 検査を受けましたか？ | □　受けた□　受けていない | 最近はいつ頃受診しましたか？ | 平成　　年　 月 　 日 |
| かかりうけの病院名 |  | 主治医 |  |
| ●食物アレルギーの方のみお答えください①制限している食品名及び症状等　例：（　　）―（　　）食品名　　　　　　　　　症　状　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　）― ( 　 　 )　 （　　　　　　　　）― ( 　 　 )　 （　　　　　　　　）― ( 　 　 )　 （　　　　　　　　）― ( 　 　 )　 （　　　　　　　　）― ( 　 　 ）（　　　　　　　　）― ( 　 　 ）②症状の頻度□　必ずでる　　　　　□　ときどきでる□　その他（　　　　　　　　　　） | ③アナフィラキシーは有りますか？　　　* 有（原因となる食物　　　　　　　　　　　）
* 無

④除去根拠* 医師の判断　　　　　　□　保護者の判断

□　その他（　　　　　　　　　　　　）⑤制限食品の対応* 一切食べていない　　　□　少量食べている
* その他（　　　　　　　　　　　　　）

認定子ども園　つみき |