**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 | |