

アレルギー調査票（新入园児保護者用）

入园にあたり、お子さんのアレルギーの状況を把握するため、調査への回答をお願いいたします。
記入後はこども園へご提出ください。

なお、この調査票の内容が入园決定に影響することはありません。

ふりがな 園児氏名	性 別	生年月日
	男 ・ 女	年 月 日生（ 歳）
ふりがな 保護者氏名	連絡先	
	(父)	— —
	(母)	— —

1 入园するお子さんについて、該当する項目に☒をつけてください。

(1) 食べたことのある食品（原材料として入っている場合も含む）に☒をつけてください。

下記食品は、特定原材料 7 品目と特定原材料に準ずるもの 2 1 品目のうち園で提供予定の食品です。離乳食を完了しているお子さんで、下記の食品を食べたことがない場合は、入园の前に家庭で 2 回以上食べてアレルギー症状が誘発されないか確認をお願いします。

※アレルギーや疾患がある方は、主治医に食べてよいか確認し、指示に従ってください。

1	☐ 卵	5	☐ いか※2	9	☐ 牛肉	13	☐ りんご
2	☐ 乳※1	6	☐ さけ	10	☐ 鶏肉	14	☐ もも
3	☐ 小麦	7	☐ さば	11	☐ 豚肉	15	☐ オレンジ
4	☐ えび※2	8	☐ 大豆	12	☐ ゼラチン	16	☐ ごま
※1：1 歳児以上は牛乳を飲用として飲んだことがあるかを含めて ☒ をつけてください。 ※2：3 歳児以上の方のみ（1-2 歳児は給食で使用しません）						17	☐ やまいも (長芋・里芋)

(2) 入园予定のお子さんにアレルギーはありますか。次のいずれかに☒をつけてください。

☐ ない（→アレルギーが「ない」と回答された方はこれ以降の回答は不要です。）

☐ アレルギーがある又はアレルギーについて心配がある

具体的に記入してください。

2 「アレルギーがある又はアレルギーについて心配がある」と回答された方は以下の質問にお進みください。

- (1) これまで下記のアレルギー疾患と医師に「診断」されたことがありますか。
 1 から 6 のそれぞれの疾患について「あり」か「なし」の□に☒をつけてください。
 診断されたことがある方は、診断された年齢をお答えください。
 また、現在通院中（又は管理中）の方は、□に☒をつけてください。

1	ぜん息、小児ぜん息 ぜん息性気管支炎	☐ あり	() 歳 () か月	☐ 現在通院中 (又は管理中)	☐ なし
2	食物アレルギー	☐ あり	() 歳 () か月	☐ 現在通院中 (又は管理中)	☐ なし
3	アトピー性皮膚炎	☐ あり	() 歳 () か月	☐ 現在通院中 (又は管理中)	☐ なし
4	アレルギー性鼻炎	☐ あり	() 歳 () か月	☐ 現在通院中 (又は管理中)	☐ なし
5	アレルギー性結膜炎	☐ あり	() 歳 () か月	☐ 現在通院中 (又は管理中)	☐ なし
6	じんましん	☐ あり	() 歳 () か月	☐ 現在通院中 (又は管理中)	☐ なし

- (2) 食物アレルギーの症状が初めて起きたのは、何歳何か月頃ですか。数字でお書きください。

() 歳 () か月頃

- (3) これまで食物アレルギーで出たことのある症状はどのような症状でしたか。
 あてはまる全てに☒をつけてください。

1	皮膚の症状	☐ あり	☐ かゆみ ☐ じんましん ☐ 赤くなる	年 月頃	☐ なし
2	目の症状	☐ あり	☐ かゆみや充血 ☐ まぶたの腫れ	年 月頃	☐ なし
3	鼻の症状	☐ あり	☐ くしゃみ ☐ 鼻水 ☐ 鼻づまり	年 月頃	☐ なし
4	口の症状	☐ あり	☐ 口の中の違和感 ☐ 唇の腫れ	年 月頃	☐ なし
5	呼吸器症状	☐ あり	☐ 咳込み ☐ ゼーゼー、ヒューヒューなど苦しそうな症状	年 月頃	☐ なし
6	ショック症状	☐ あり	☐ 意識がない ☐ 意識がもうろう ☐ ぐったり	年 月頃	☐ なし

- (4) これまでに食物アレルギーの症状が出た原因（と思われる）食物は何でしたか。
あてはまる全てに☑をつけてください。

1	☐	鶏卵	8	☐	あわび	15	☐	くるみ	22	☐	りんご
2	☐	乳	9	☐	いか	16	☐	ごま	23	☐	豚肉
3	☐	小麦	10	☐	いくら	17	☐	さけ	24	☐	まつたけ
4	☐	そば	11	☐	オレンジ	18	☐	さば	25	☐	もも
5	☐	落花生 (ピーナツ)	12	☐	カシューナッツ	19	☐	ゼラチン	26	☐	やまいも
6	☐	えび	13	☐	キウイフルーツ	20	☐	大豆	27	☐	りんご
7	☐	かに	14	☐	牛肉	21	☐	鶏肉	28	☐	原因食物不明
									29	☐	その他 ()

- (5) 現在、医師の指示で食物アレルギー原因食物の制限や除去をしていますか。
制限や除去をしている場合は、あてはまる食物全てに☑をつけてください。

☐ 制限や除去をしていない	☐ 制限や除去をしている
--------------------------------------	-------------------------------------

【制限又は除去をしている場合】

1	☐	鶏卵	8	☐	あわび	15	☐	くるみ	22	☐	りんご
2	☐	乳	9	☐	いか	16	☐	ごま	23	☐	豚肉
3	☐	小麦	10	☐	いくら	17	☐	さけ	24	☐	まつたけ
4	☐	そば	11	☐	オレンジ	18	☐	さば	25	☐	もも
5	☐	落花生 (ピーナツ)	12	☐	カシューナッツ	19	☐	ゼラチン	26	☐	やまいも
6	☐	えび	13	☐	キウイフルーツ	20	☐	大豆	27	☐	りんご
7	☐	かに	14	☐	牛肉	21	☐	鶏肉	28	☐	原因食物不明
									29	☐	その他 ()

- (6) アドレナリン自己注射（エピペン®）を処方されていますか。

☐ 処方されている	☐ 処方されていない
----------------------------------	-----------------------------------

～ご協力ありがとうございました～