

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21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	<input type="checkbox"/> 卵	5	<input type="checkbox"/> いか※2	9	<input type="checkbox"/> 牛肉	13	<input type="checkbox"/> りんご	
2	<input type="checkbox"/> 乳※1	6	<input type="checkbox"/> さけ	10	<input type="checkbox"/> 鶏肉	14	<input type="checkbox"/> もも	
3	<input type="checkbox"/> 小麦	7	<input type="checkbox"/> さば	11	<input type="checkbox"/> 豚肉	15	<input type="checkbox"/> オレンジ	
4	<input type="checkbox"/> えび※2	8	<input type="checkbox"/> 大豆	12	<input type="checkbox"/> ゼラチン	16	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり	()歳 ()か月	<input type="checkbox"/> 現在通院中 (又は管理中)	<input type="checkbox"/> なし
2	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> あり	()歳 ()か月	<input type="checkbox"/> 現在通院中 (又は管理中)	<input type="checkbox"/> なし
3	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> あり	()歳 ()か月	<input type="checkbox"/> 現在通院中 (又は管理中)	<input type="checkbox"/> なし
4	アレルギー性鼻炎	<input type="checkbox"/> あり	()歳 ()か月	<input type="checkbox"/> 現在通院中 (又は管理中)	<input type="checkbox"/> なし
5	アレルギー性結膜炎	<input type="checkbox"/> あり	()歳 ()か月	<input type="checkbox"/> 現在通院中 (又は管理中)	<input type="checkbox"/> なし
6	じんましん	<input type="checkbox"/> あり	()歳 ()か月	<input type="checkbox"/> 現在通院中 (又は管理中)	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> 赤くなる	年 月頃	<input type="checkbox"/> なし
2	目の症状	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> かゆみや充血 <input type="checkbox"/> まぶたの腫れ	年 月頃	<input type="checkbox"/> なし
3	鼻の症状	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> くしゃみ <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり	年 月頃	<input type="checkbox"/> なし
4	口の症状	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 口の中の違和感 <input type="checkbox"/> 唇の腫れ	年 月頃	<input type="checkbox"/> なし
5	呼吸器症状	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 咳込み <input type="checkbox"/> ゼーゼー、ヒューヒューなど苦しそうな症状	年 月頃	<input type="checkbox"/> なし
6	ショック症状	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 意識がない <input type="checkbox"/> 意識がもうろう <input type="checkbox"/> ぐったり	年 月頃	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>	鶏卵	8	<input type="checkbox"/>	あわび	15	<input type="checkbox"/>	くるみ	22	<input type="checkbox"/>	りんご
2	<input type="checkbox"/>	乳	9	<input type="checkbox"/>	いか	16	<input type="checkbox"/>	ごま	23	<input type="checkbox"/>	豚肉
3	<input type="checkbox"/>	小麦	10	<input type="checkbox"/>	いくら	17	<input type="checkbox"/>	さけ	24	<input type="checkbox"/>	まつたけ
4	<input type="checkbox"/>	そば	11	<input type="checkbox"/>	オレンジ	18	<input type="checkbox"/>	さば	25	<input type="checkbox"/>	もも
5	<input type="checkbox"/>	落花生 (ピーナツ)	12	<input type="checkbox"/>	カシューナツ	19	<input type="checkbox"/>	ゼラチン	26	<input type="checkbox"/>	やまいも
6	<input type="checkbox"/>	えび	13	<input type="checkbox"/>	キウフルーツ	20	<input type="checkbox"/>	大豆	27	<input type="checkbox"/>	りんご
7	<input type="checkbox"/>	かに	14	<input type="checkbox"/>	牛肉	21	<input type="checkbox"/>	鶏肉	28	<input type="checkbox"/>	原因食物不明
									29	<input type="checkbox"/>	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。

<input type="checkbox"/> 制限や除去をしていない	<input type="checkbox"/> 制限や除去をしている
--------------------------------------	-------------------------------------

【制限又は除去をしている場合】

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

<input type="checkbox"/> 処方されている	<input type="checkbox"/> 処方されていない
----------------------------------	-----------------------------------

～ご協力ありがとうございました～