

注意！これは利用申込受付時の内容です。その後に症状が出た場合には必ず園に報告して下さい。

食物アレルギーチェック票

利用希望施設名	児童氏名	生年月日
		令和 平成 年 月 日

入園および給食の提供が可能か確認するため、食物アレルギーの状況を伺います。

お子さんは食物アレルギー症状がありますか。

(ある ・ ない ・ わからない【理由： _____】)

※「ない・わからない」の方は、署名欄に、ご記入ください。

下記の質問は、「ある」方にお伺いします。

1. 食物アレルギーで除去している食品はありますか。 (ある ・ ない)

ある方は下の食物に○を付けてください。

又、「ある」方は、原物のみの除去ですか、混ぜこんだ物を食べるのは可能ですか。(はい ・ いいえ)

鶏卵(うずら卵) 牛乳・乳製品 小麦 そば 大豆 ピーナッツ エビ カニ 甲殻類
イカ タコ その他(_____)

2. 食物アレルギーで、初めて医療機関を受診したのはいつごろですか。 _____ 年 _____ 月 頃

また、最近受診したのはいつですか。 _____ 年 _____ 月 頃

かかりつけ医(_____)

3. 誤食した場合、重篤な症状(アナフィラキシーショック等)を起こしたことはありますか。

(ある ・ ない)

過去の経験、今までの医師からの指示によりお答えください。

(「ある」場合は、当てはまる症状の口に を入れてください。)

呼吸困難、頻脈(ひんみやく：脈拍数が異常に多い状態のこと)、ぐったり、意識障害、血圧低下、チアノーゼ、血の気が引き顔色が悪くなる。

のどがつまった感じ、胸が苦しい、めまい、嘔吐、全身のじんましん、ゼーゼーして苦しくなる。

口の中の違和感、唇のしびれ、手足のしびれ、気分が悪い、吐き気、腹痛、じんましん

その他(_____)

4. 3で「ある」場合、対応として行っているものは何か、該当する項目にチェックをしてください。

抗ヒスタミン薬・ステロイド薬(内服薬)

アドレナリン自己注射薬(エピペン)

その他(_____)

5. 集団生活を送る上で配慮すべき事柄があれば、ご記入ください。

私は、この食物アレルギーチェック票に記載した事実に相違ないことを誓います。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 保護者氏名 _____ 印

(※記名押印に代えて署名可)