

食物アレルギーチェック票

児童氏名	生年月日
	平成 令和 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)

※「ない」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)

鶏卵(うずら卵) 牛乳・乳製品 小麦 ピーナッツ エビ カニ そば
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

3. 誤食した場合、重篤な症状を示す可能性はありますか。 (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、当てはまる症状にチェックをしてください。)

- 呼吸困難、頻脈、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 氏名

㊞

※食物アレルギーが「ある」の場合、後日保育課からご連絡いたします。