【現況届添付用】

食物アレルギーチェック票

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 在園保育園名 | 児童氏名 | 生年月日 |
|  |  | 　　　年　　月　　日 |

**現在の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. 保育園で食物アレルギー除去食の対応をしていますか。　（　はい　　いいえ　）
2. 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（ ）

1. 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

1. 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（ ）

５．　４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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 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。

食物アレルギーチェック票署名欄

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（自署又は押印）