

アレルギーに関する調査票

(フリガナ)

お子さんのお名前 (男・女) 生年月日 年 月 日 (歳 か月)

1. 食物アレルギーは、ありますか？ ☐ はい ☐ いいえ

2. 食物アレルギー以外のアレルギー疾患は、ありますか？

- ☐ なし ☐ アトピー性皮膚炎 ☐ 気管支喘息 ☐ アレルギー性鼻炎
☐ その他 ()

3. 当施設の給食を希望されますか？ ☐ はい ☐ いいえ

給食を希望される方のみ以下の設問にお答えください。



4. 食物アレルギーの原因食品と、食べた後に起こる症状を記入ください。

(除去中の食品は、除去の欄に○を記入)

食 品 名	具 体 的 な 症 状	除 去

5. 現在、ご家庭での食品の除去は、どの程度されていますか？ 1つだけ選んでください。

- ☐ 家庭内では、家族も含め原因食品は、一切食べない。(購入しない)
☐ 原因食品およびその加工品も、本人には一切食べさせない。(家族は食べている)
☐ 原因食品は食べさせてないが、加工品は食べさせている。
☐ 原因食品は一応本人には食べさせないようにしているが、たまには食べさせている。
☐ あまり厳密な除去は行っていない。
☐ その他 ()

6. 過去には除去を行っていたが、現在は食べることが可能になった食品はありますか？

- ☐ いいえ ☐ はい → 食物名 ()

7. 原因食品を食べたことで、アナフィラキシー※ を起こしたことはありますか？

- ☐ いいえ ☐ はい → 回数 (回) 最終の発病年月日 (年 月)
原因 ()
症状 ()

※アナフィラキシー

食物を食べた後、じんま疹などの皮膚症状、更に呼吸困難や、血圧の低下、意識障害などのショック症状が急激に進行し、生命の危機に陥ります。一刻も早く治療しなくてはならない重篤な状態です。

8. 食物アレルギー以外のアレルギー疾患 で主治医から服薬の指示はありますか？

☐ いいえ ☐ はい → 原因疾患 ()
薬剤名 ()



9. 食品以外で皮膚についた、あるいは吸い込んだだけで、症状が出たことがありますか？

☐ いいえ ☐ はい → 食物名 ()
症状 ()

10. 症状が現れた時に、連絡が必ずとれる連絡先を記入してください。

優先順位	氏 名	続柄	電話番号	連絡先	特記事項
1				自宅・職場・携帯	
2				自宅・職場・携帯	
3				自宅・職場・携帯	

11. 症状が現れた場合、受診する医療機関を記入してください。
(※主治医の了承を得るようお願いします。)

医療機関名 _____ 主治医氏名 _____

医療機関 住所 _____ 電話番号 _____



アレルギーについて家庭で気をつけていること、および保育施設でも同様に対応して欲しいことがあれば必ず記載してください。

.....

.....

.....

.....

☐ 保育施設における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、記載された内容について、職員及び医療機関などの連携機関で情報を共有することに同意します。

記入年月日 _____ 保護者氏名 _____