**食物アレルギー調査票**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 子ども氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日（ 歳　ヶ月） |

記入日　　　年　　月　　日

**１ 医師の診断について**

・ 医師の診断を受けたことがありますか。　（　はい　　・　いいえ　）

・ 医師の最終診断はいつですか？　　　　　（　　　年　　　月　　　日）

・ 医師からの書面での証明はありますか？　　（　はい　　・　いいえ）

（ 診断書 ・ 食事指示書 ・ 各種検査結果票その他 （受診したことが分かるもの）の写しを添付）

**２　アレルギーの状況について**

|  |  |
| --- | --- |
| 【原因食品】  該当するものすべてに○を  つけ、それ以外の食品は  具体的に記入してください。 | 卵・ 乳・ 小表・ 米・ そば－ 落花生・ あわび・ いか・ いくら・ えび, |
| オレンジ, かに・ キウイフルーツ・ 牛肉・ くるみ－ 鮭・ さば－ 大豆・ 鶏 |
| 肉, 豚肉・ まつたけ, もも・ やまいも・ りんご・ ゼラチン・ バナナ |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（（（（ ） |
| 原因食品を食した時に現れる  症状 | □ショック □咳き込み □呼吸困難 □嘔吐・ 腹痛 □顔面紅潮等 |
| □麻疹 □湿疹 　 □掻痒感 □下痢 |
| □その他（ ） |

　・アナフィラキシーショックを起こした経験がありますか？

　（　はい　（　　　年　　　月頃　）　　・　　　　　　　いいえ　　）

**３　アレルギー症状を起こした場合の対処法について**

　・対処方法　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　・注意すること（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**４　ご家庭での食事の状況について**

※該当するものに○をつけ、その他は具体的に記入してください。

（　完全除去食　　・　　体調によって除去　　・　特に配慮はしていない　　）

・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**５　アレルギー症状への対応について**

　※該当するものを選び、対応方法や注意することを記入してください。

　　□　内服薬（　　　　　　　　　　　　　　）□　外用薬

□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・対応方法（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・注意すること（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**※緊急時の連絡先（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

この調査票について、希望する保育所等へ情報提供することに同意します。

【保護者】　住　所　　南島原市　　　　　　町

氏　名