

アレルギー等調査票

※この調査票は、児童の保育を円滑に実施するためのものであり、それ以外の目的には使用しません。

申請日	西暦	2	0			年			月			日
-----	----	---	---	--	--	---	--	--	---	--	--	---

保護者 氏名				保護者 連絡先	-	-							※電話番号左詰め ハイフン [-] を入力		
利用児童	フリガナ				生年月日	西暦	2	0		年		月		日	
	氏名				性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	年齢		歳					
利用児童に 必要な配慮	<input type="checkbox"/> 特になし														
	<input type="checkbox"/> 発達の遅れがある (<input type="checkbox"/> ことば <input type="checkbox"/> 知能 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> その他 ())														
	<input type="checkbox"/> 障害者手帳を持っている (<input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 ())														
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援事務所 (療育施設) 等を利用している (施設名:)														
	<input type="checkbox"/> その他 ()														
利用児童の アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> まだわからない														
※「有り」の場合は、下記の①～③を必ずご記入ください。															

【アレルギー有無が「有り」に✓をした場合、下記の質問事項にお答えください。】

①アレルギーの原因となるものは何ですか。																																								
<input type="checkbox"/> 食べ物 (具体的に :))																																							
<input type="checkbox"/> 環境 (ハウスダスト・花粉症など)																																								
<input type="checkbox"/> くすり類 (具体的に :))																																							
<input type="checkbox"/> その他 ())																																							
②どのような症状がありますか。																																								
<input type="checkbox"/> ぜんそく	<input type="checkbox"/> かゆみ	<input type="checkbox"/> じんましん	<input type="checkbox"/> アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> チアノーゼ																																				
<input type="checkbox"/> その他 ())																																						
③現在何かを制限していることがありますか。																																								
<input type="checkbox"/> いいえ																																								
<input type="checkbox"/> はい ※「はい」の場合、下記の事項にお答えください。																																								
<table border="1"> <tr> <td colspan="3">制限していることは何ですか。 (例: 乳製品は控えている)</td> </tr> <tr> <td colspan="3"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">いつからそれを行っていますか。</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td>歳</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>か月</td> </tr> <tr> <td colspan="3">現在、行っている制限はどなたの判断ですか。</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> その他 ()</td> </tr> <tr> <td colspan="3">現在、病院へ通院していますか。</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 通院していない</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 通院している ⇒</td> <td>通院頻度</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> <td>病院名</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> <td>薬</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 服用している <input type="checkbox"/> 服用していない</td> </tr> </table>		制限していることは何ですか。 (例: 乳製品は控えている)						いつからそれを行っていますか。				歳				か月	現在、行っている制限はどなたの判断ですか。			<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> その他 ()			現在、病院へ通院していますか。			<input type="checkbox"/> 通院していない			<input type="checkbox"/> 通院している ⇒		通院頻度			病院名			薬	<input type="checkbox"/> 服用している <input type="checkbox"/> 服用していない		
制限していることは何ですか。 (例: 乳製品は控えている)																																								
いつからそれを行っていますか。																																								
	歳																																							
		か月																																						
現在、行っている制限はどなたの判断ですか。																																								
<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> その他 ()																																								
現在、病院へ通院していますか。																																								
<input type="checkbox"/> 通院していない																																								
<input type="checkbox"/> 通院している ⇒		通院頻度																																						
		病院名																																						
		薬																																						
<input type="checkbox"/> 服用している <input type="checkbox"/> 服用していない																																								

その他、施設へ気を付けてほしいことや、伝えておきたいことがありましたらご記入ください。