

# 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="text"/> ））
	<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="text"/> ））
	<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="text"/> ）
	<input type="checkbox"/> その他（ <input type="text"/> ）

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。

- ☐ 食べ物（具体的に：）
- ☐ 環境（ハウスダスト・花粉症など）
- ☐ くすり類（具体的に：）
- ☐ その他（）

## ②どのような症状がありますか。

- ☐ ぜんそく ☐ かゆみ ☐ じんましん ☐ アナフィラキシー ☐ チアノーゼ
- ☐ その他（）

## ③現在何かを制限していることがありますか。

- ☐ いいえ
- ☐ はい ※「はい」の場合、下記の事項にお答えください。

制限していることは何ですか。（例：乳製品は控えている）		
<input type="text"/>		
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（ <input type="text"/> ）		
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	<input type="text"/>
	病院名	<input type="text"/>
	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。

<input type="text"/>
----------------------