

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 2 6 年 0 1 月 0 0 日

【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 checked="" type="checkbox"/> 食べ物（具体的に：	卵、チョコレート)			
<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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 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)				
卵、チョコレートが含まれている食品を控えている。				
いつからそれを行っていますか。				
<input checked="" type="checkbox"/>	歳	<input checked="" type="checkbox"/>	か月	
現在、行っている制限はどなたの判断ですか。				
<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 通院している⇒	通院頻度	2か月に1、2回		
	病院名	●●病院		
	薬	<input type="checkbox"/> 服用している	<input checked="" 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。