

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	●	●	日
-----	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

保護者 氏名	古仁屋 太郎			保護者 連絡先	0 9 0 - ● ● ● ● - ● ● ● ●			※電話番号左詰め ハイフン[-]を入力											
利用児童	フリガナ	カノヤ イチロウ			生年月日	西暦			2	0	●	●	年	●	●	月	●	●	日
	氏名	古仁屋 一郎			性別	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 発達の遅れがある (<input checked="" 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 checked="" 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 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。																		
● 歳 ● 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。																		
卵、チョコレートが含まれている食品は、食べさせないでほしい。																		