# アレルギー状況調査票

| | |
|---|---|
| ふりがな<br>児童氏名 | |
| 生年月日 | 令和　　年　　月　　日生 |

1．食事に配慮が必要な食品は何ですか。
□卵（　生卵　・　加熱卵　）　　□牛乳・乳製品　　□小麦
□その他（　　）

2．医師による診察を受けたことがありますか。
□いいえ　□はい（医療機関:
受診時期:
指導内容:）

3．定期的に受診していますか。
□いいえ　□はい（受診頻度：　　回/　　ヶ月）

4．食物アレルギーを起こす原因食物と摂取後に起こる症状は何ですか。

| 食物名 | 症状 |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

5．アナフィラキシーの既往はありますか。
□いいえ　□はい（回　　数：　　回　・　最後の発症年月：　　年　　月
原因食物：
症　　状：）

6．万が一、誤食した時の薬は処方されていますか。
□いいえ　□はい（ □エピペン　　□内服薬　）

7．そのほか、要望事項等
（　　）

★保育園の給食で除去食を希望しますか。
□いいえ　□はい（生活管理指導表の提出必須）

記　入　日：令和　　年　　月　　日

保護者署名：

---

〈市役所使用欄〉

・生活管理指導表提出状況　□提出済　□未提出（提出予定日：　/　　）□対応不要