年度　アレルギーに関する調査票（給食・おやつ）

記入日（西暦で）　　　　　　年　　　月　　　日

園名：マーティーズインターナショナルキンダー

園児氏名 　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名

住所 　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（電話番号）

各質問について、該当する項目に○を記入してください。

問1 現在治療中のアレルギー疾患はありますか

　　喘息　鼻炎　アトピー性皮膚炎　結膜炎　その他（　　　　　　　　　　　　　　）

問2 アレルギー症状を引き起こす原因は何ですか

　　ダニ　ハウスダスト　ペットのフケ・毛など　花粉　カビ　蜂毒　ラテックス　金属

　　食物（種類は問5）薬物（種類：　　　　　　　）その他（　　　　　　　　　　）

問3 園給食を希望されますか

（　 ）希望する「希望する」に記入された場合、以下の質問にお答えください。

（　 ）希望しない（お弁当持参・延長保育時はおやつ持参）

問4現在、食物アレルギーはありますか。

（ 　）ある 「ある」に記入された場合、以下の質問にお答えください。

（ 　）過去にあったが現在はない→ 調査終了です。

（ 　）ない →調査終了です。

問５ 食物アレルギーの原因食品は何ですか。

問６ 今までどのような症状が出ましたか。（あてはまる項目全てに○をしてください。）

（ 　）じんましん、かゆみ、むくみなどの皮膚症状

（ 　）眼がかゆくなったり、まぶたが腫れたりなど眼の粘膜症状やくしゃみ、鼻汁、鼻がつまる

（ 　）口の中やのどの違和感やはれ、のどのかゆみ、イガイガ感

（ 　）腹痛や嘔吐、下痢

（ 　）のどが締め付けられる感じや呼吸がしづらいなどの呼吸器症状

（ 　）アナフィラキシーショック※ 原因食品（ ）

（　 ）その他 〔 〕

問７ 現在、家庭で除去している食品はありますか。

（ 　）ある 食品名

（ 　）ない

問８ 食物アレルギーに関して、医療機関を受診していますか。

（　 ）定期的に受診している。（１年以内に受診している。）

（　 ）以前受診したが今は受診していない。最終の受診 〔 〕歳頃

（ 　）病院で検査・診断を受けたことはない

問９ アレルギーに関して処方されている薬等はありますか。

（ 　）エピペン®

（ 　）抗ヒスタミン薬

（　 ）その他 〔 〕

（ 　）特になし

問10 園給食での食物アレルギー対応を希望しますか。

（ 　）希望する

（ 　）希望しない

問11 運動で症状を発症したことはありますか

問12 園に携帯を希望する薬はありますか

問12上記アレルギー疾患のため、主治医より園生活について注意を受けていることはあ

　　　りますか