**保護者記入用**

**【様式２】　食 物 ア レ ル ギ ー に 関 す る 調 査 票**

（フリガナ）

お子さんのお名前 （男・女） 生年月日 平成・令和　　年　　月　　日(　歳　か月)

**１．食物アレルギー以外のアレルギー疾患は、ありますか？**

□ なし　　　□ アトピー性皮膚炎　　　□気管支喘息　　　□ アレルギー性鼻炎

□その他（ 　　　　　　　　　　　　　）

**２．食物アレルギー以外のアレルギー疾患で主治医から服薬の指示はありますか？**

□いいえ　　　□はい　→　原因疾患（　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　）

薬剤名　（　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　）

**３．現在、ご家庭での食品の除去は、どの程度されてますか？ １つだけ選んでください。**

□ 家庭内では、家族も含め原因食品は、一切食べない。（購入しない）

□ 原因食品およびその加工品も、本人には一切食べさせない。（家族は食べている）

□ 原因食品は食べさせてないが、加工品は食べさせている。

□ 原因食品は一応本人には食べさせないようにはしているが、たまには食べさせている。

□ あまり厳密な除去は行っていない。

□ その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**４．原因食品が皮膚についた、あるいは吸い込んだだけで、症状が出たことがありますか？**

□ いいえ　　　　□ はい　→　食物名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

症状　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

**５．原因食品を食べたことで、アナフィラキシー※ を起こしたことはありますか？**

□ いいえ　　　□ はい　→　回数（ 　　回）

最終の発病年月日（平成・令和　　年　　月）

原因（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

症状（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

**６．症状が現れた時に、連絡が必ずとれる連絡先を記入してください。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 優先順位 | 氏　名 | 続柄 | 電話番号 | 連絡先 | 特記事項 |
| １ |  |  |  | 自宅・職場・携帯 |  |
| ２ |  |  |  | 自宅・職場・携帯 |  |
| ３ |  |  |  | 自宅・職場・携帯 |  |

**７．症状が現れた場合、受診する医療機関を記入してください。**

**（※主治医の了承を得るようお願いします。）**

医療機関名：　　　　　　　　　　 　　　　　主治医氏名：

医療機関(住所)：　　　　　　　　　 　　　 　　　　　　電話番号：

食物アレルギーについて家庭で気をつけていること、および保育所でも同様に対応して欲しいことがあれば必ず記載してください。

**□ 保育所における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、記載された内容について、職員及び医療機関などの連携機関で情報を共有することに同意します。**

記入年月日：令和　 　年　　 月　 　日　 保護者署名：