

◎「食物アレルギー調査票」の記入対象者：全員

食物アレルギー調査票

ふりがな 園児氏名	(男・女)	記入日 令和 年 月 日 生年月日	平成 年 月 日 (才 か月)
ふりがな 保護者氏名			

1. お子様に食物アレルギーがありますか？

いいえ ・ はい

2. 食物アレルギー以外の理由で、食べられない食品はありますか？

いいえ ・ はい → (食品名：)
(理由：)

※1で「はい」の場合は、下記の質問にチェック又は記入をお願いします。

① 原因食品は何ですか？ <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 大豆 その他 ()
② どのような症状があらわれますか？ <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> おう吐・下痢 <input type="checkbox"/> せき込み <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> ショック その他 ()
③ アレルギー反応は、体のどの部分にでますか？ <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 手・足 <input type="checkbox"/> 胸部・腹部 <input type="checkbox"/> 全身 その他 ()

*保育園記入欄：面接日 令和 年 月 日

◎「乳児の食事調査票」の記入対象者

●0歳児クラスで入園し、入園月の月末までに13か月にならないお子様

裏面へ



