

食物アレルギーに関する調査表

提出日 令和 年 月 日

第1希望園名

第2希望園名

第3希望園名

園

園

園

ふりがな

園児名

生年月日 平成・令和 年 月 日生 (令和6年4月1日現在 歳)

保護者名 (自署)

続柄 ()

問1. お子様は食物アレルギーがありますか? 【 ある・ない 】



※問1で【ある】と回答された方は問2～7についてお答えください。

問2. 医師により、食物アレルギーの診断を受けましたか?

【 はい (歳 ヶ月頃) ・ いいえ 】

問3. 現在、定期的に受診していますか?

【 はい (ヶ月に1回程度) ・ いいえ 】

問4. アレルギーの原因となる食物は何ですか?

[]

問5. 家庭の食事で除去をしていますか? 【 はい・いいえ 】

【はい】に○をつけた方は具体的に記入してください。

[]

問6. 除去が必要な食物を摂取してしまった際に出る症状を具体的に記入してください。

[]

問7. こども園の給食で除去食等の対応が必要ですか? 【 はい・いいえ 】

(注) 例えばアレルゲンが「生卵」「イクラ」「カニ」「くるみ」など園では提供しませんので、他の園児と同様の対応をします。【いいえ】に○をつけて下さい。