

食物アレルギーに関する調査表

提出日 (西暦) 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 (西暦) 年 月 日生

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) 例えばアレルギーが「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。【いはい】に○をつけて下さい。