注意！これは利用申込受付時の内容です。その後に症状が出た場合には必ず園に報告して下さい。

**食物アレルギーチェック票**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用希望施設名 | 児童氏名 | 生年月日 |
|  |  | 令和平成　　年　　月　　日 |

**入園および給食の提供が可能か確認するため、食物アレルギーの状況を伺います。**

**お子さんは食物アレルギー症状がありますか。**

**（　ある　・　ない　・　わからない【理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】　）**

**※「ない・わからない」の方は、署名欄に、ご記入ください。**

下記の質問は、「ある」方にお伺いします。

1. 食物アレルギーで除去している食品はありますか。　（　ある　・　ない　）　　　　　　　　　　　　　ある方は下の食物に〇を付けてください。

又、「ある」方は、原物のみの除去ですか、混ぜこんだ物を食べるのは可能ですか。（はい　・　いいえ）

鶏卵（うずら卵）　牛乳・乳製品　小麦　そば　　大豆　　ピーナッツ　　エビ　　カニ　　甲殻類

イカ　タコ　　　　　その他（ 　　　）

1. 食物アレルギーで、初めて医療機関を受診したのはいつごろですか。　　　　　年　　　月　頃

　　　また、最近受診したのはいつですか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　頃

　　　　かかりつけ医（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 誤食した場合、重篤な症状（アナフィラキシーショック等）を起こしたことはありますか。　　　　　　　　　（　ある　・　ない　）

過去の経験、今までの医師からの指示によりお答えください。

（「ある」場合は、当てはまる症状の□に　レ　を入れてください。）

□　呼吸困難、頻脈（ひんみゃく：脈拍数が異常に多い状態のこと）、ぐったり、意識障害、血圧低下、

チアノーゼ、血の気が引き顔色が悪くなる。

□　のどがつまった感じ、胸が苦しい、めまい、嘔吐、全身のじんましん、ゼーゼーして苦しくなる。

□　口の中の違和感、唇のしびれ、手足のしびれ、気分が悪い、吐き気、腹痛、じんましん

 □　その他（ ）

４．　３で「ある」場合、対応として行っているものは何か、該当する項目にチェックをしてください。

　　　　□　抗ヒスタミン薬・ステロイド薬（内服薬）

　　□　アドレナリン自己注射薬（エピペン）

□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 集団生活を送る上で配慮すべき事柄があれば、ご記入ください。

私は、この食物アレルギーチェック票に記載した事実に相違ないことを誓います。

令和　　　年　　　月　　　日　　　保護者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　(※記名押印に代えて署名可)