

アレルギー状況確認書 No. _____

記入日： 年 月 日

●お子さんのアレルギーについて、以下の項目に記入もしくは○や✓をつけてください。この確認書はアレルギーのあるお子さんの状況を詳しく確認するために、年に1回記入していただくものになります。

園児氏名	H・R 年 月 日生 クラス ()			
アレルギー・疾患の原因	食品：鶏卵・牛乳・小麦・大豆・その他 () 食品以外：			
通院・検査の状況 (直近の状況)	通院 (月)・(週)に1回程度 血液検査 (IgE 抗体等) <input type="checkbox"/> 実施 (年 月) <input type="checkbox"/> 未実施 (今後実施予定 無・有) 食物負荷試験 <input type="checkbox"/> 実施 (年 月) <input type="checkbox"/> 未実施 (今後実施予定 無・有) その他検査・今後の予定等 ()			
症状	除去指示食材の中で食べたことのない食材 無・有 (食材) 症状の出現既往 無・有 (食物名等：) 摂取・摂食 分後に出現 〈出現症状に○〉発疹・じんましん・かゆみ・目の腫れ・唇の腫れ・顔の腫れ・声枯れ・のどや口の違和感・腹痛・嘔吐・下痢・鼻水・鼻づまり・くしゃみ・咳・喘鳴 (ゼイゼイ)・呼吸困難・血圧低下・意識低下・顔色悪化・その他			
アナフィラキシーの既往	回数 (回) いつ 年 月 (直近) 食品名 () 症状 () 対応 ()			
家庭での状況	<input type="checkbox"/> 家でも原因食材の含まれた食品全ての除去を行っている <input type="checkbox"/> 家では原因食材の含まれた食品のうち () を食べている (医師の指示 無・有) <input type="checkbox"/> その他 (調理器具や食器等の区別など家庭で留意していること) ()			
処方薬	毎日の服用薬：無・有 (園での服用 不要・必要 (薬剤名)) 緊急時内服薬：無・有 (薬剤名と使用の目安：) エピペン : 無・有 (使用の目安：) エピペン有効期限 年 月 日			
配慮事項 医師の指示等				
緊急時対応	救急車を呼ぶ場合に搬送可能な医療機関 無・有 (名称：) その他 ()			
主治医	医療機関名：		電話番号：	
	医師名：		カルテ ID 番号：	
緊急連絡先	氏名	続柄	電話番号	職場名称等

ここまでを保護者が記入し、アレルギー面談までに保育所へご提出ください。