

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 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

ここまですべてを保護者が記入し、アレルギー面談までに保育所へご提出ください。