

**保護者記入欄**

**アレルギー個人調査票**

裏面もご記入ください。

年度							
クラス	ひよこ	ひよこ	こあら1歳	こあら2歳	年少	年中	年長

(ふりがな) 園児氏名		性別	男・女	生年月日	平成	年	月	日生
保護者氏名								
主治医	病院名 ( ) 主治医名 ( )						変更 ( 年 月 )	
	電話番号 ( )							
診断書 食事指示書等	有・無	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
検査結果等	有・無	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
除去食品							① 食品除去は、( 医師 ・ 保護者 ) の判断で行っている。 ② 食物によるアナフィラキシーを起こしたことが ( ある 年 月 ・ ない ) 。	
症状	( 年 月 )							
(改善するなど変化があった場合には、経年経過等を追記ください。)								
病院・家庭での 処置や対応	( 年 月 )							
(経年経過等追記ください。)								
服薬	( 年 月 )			( 年 月 )				
	薬名 ( )			薬名 ( )				
	飲み方 ( )			飲み方 ( )				
園生活での配慮希望	( 年 月 )							

緊急時の対応	<b>A</b> 弱い反応の場合	1 母 (Tel ) , 父 (Tel ) , 又は ( ) へ連絡 2 ( ) 病院の ( ) 医師 (Tel ) へ連絡 *もし、10分以内に反応が治まらない場合には、「B強い反応の場合」の対応に移行する。
	<b>B</b> ひどい腫れや呼吸困難などの強い反応の場合	1 <b>すぐに救急車を呼び、救急医療機関に運ぶ</b> ( ) 2 父母へ連絡 (緊急連絡票の連絡先) 3 ( ) 病院の ( ) 医師 (Tel ) へ連絡 4 その他 ( )

**保育園記入欄**

＜給食における対応決定事項＞

	決定（ 年 月 日）	変更（ 年 月 日）
給食停止等	弁当持参・代替食持参・除去食の提供	弁当持参・代替食持参・除去食の提供
その他		

＜園での様子＞ … 発症した場合などを記録

	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
症 状				
処置経過				
その他				

**その他・特記事項等**

\* 要記入年月日


\* 保護者記入欄で間に合わない場合や緊急時の対応について変更があった場合には、（その他 特記事項）の欄にご記入ください。