

令和 年度 保育園給食アレルギー及び病気の対応食実施希望調査票

一時保育用	園児氏名 (男・女)
記入日 令和 年 月 日	保護者氏名

*各質問の該当するところへ○または必要事項を記入してください。

質問1. 食物アレルギーはありますか。
 ない → 質問9へ
 ある



以下の質問にお答えください。

質問2. 食物アレルギーの原因となる食物は何ですか。

質問3. 保育園での食物アレルギーに対する取り組みを希望しますか。
 希望しない → 保育園での取り組みを希望しない理由をお答えください。
 → 質問9へ

希望する *主治医指示による「保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表」を提出してください。



<input type="checkbox"/> 給食 <input type="checkbox"/> クッキング(食育活動) <input type="checkbox"/> その他()
--

質問4. 給食、クッキングなどで除去を希望する食物は何ですか。

質問5. 今までどのような症状がでましたか。
 皮膚症状(発赤、痒み、腫脹、じんましんなど)
 呼吸器症状(咳込み、息苦しさ、ゼイゼイなど)
 消化器症状(腹痛、下痢・嘔吐など)
 全身症状(ぐったりする、呼びかけに応じないなど)
 その他()
 アナフィラキシー

*アレルギー反応により強い皮膚、呼吸器、消化器、全身症状が同時に複数おこることを「アナフィラキシー」と言います。

裏面へ続く⇒

質問 6. 医師による食物アレルギーの診断・指示、食物除去等がありますか。

医師の診断・指示

診断された年月：	
主治医：	病院：

医師の診断・指示ではなく、保護者の判断で食物除去を行っている

その他（ ）

質問 7. エピペン®を処方されていますか。

いない

いる →

• 何本処方されていますか。（ 本）
• どこに保管していますか。
<input type="checkbox"/> 家庭保管
<input type="checkbox"/> 保育園保管
<input type="checkbox"/> 本人保管（保管場所： ）

質問 8. アレルギーに関してエピペン®以外で持参する必要のある薬はありますか。

ない

ある → 薬品名（ ）

保管場所（ ）

質問 9. 食物アレルギー以外の病気で食事の制限はありますか。

ない → 以上で終わりです。

ある → 質問 10 へ

質問 10. 質問 9 で「ある」と答えた方のみお答えください。

給食での病気による対応食の実施を希望しますか。

希望しない

希望する *主治医指示による診断書を提出してください。

└─→ 内容 []

※保育園の実情によってできない対応もありますのでご了承ください。

質問 11. その他、心配なことがありましたらご記入ください。

--