**食物アレルギーに関する確認表**

記入日：　　　　年　　月　　日

　　　年　　　月　　　　歳児クラス　利用希望

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ： | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |

（１）食べ物を食べて、アレルギー症状がみられたことがありますか？【　はい　・　いいえ　】

（２）何を食べて、どのような症状がでましたか？

時期：　　年　　月（　　　歳　　ヶ月頃）

食品（料理）：

症状 ：皮膚症状・呼吸器症状・消化器症状・その他（○をつける）

　　　　具体的に

（３）今までにアナフィラキシーショックを起こしたことがありますか？【　はい　・　いいえ　】

※アナフィラキシー：アレルギー症状が複数同時かつ急激に出現した状態のこと

①いつ　　　：　　　　　年　　月　　（　　　歳のとき）

②原因食品　：

（４）現在、医師に食事対応が必要と言われていますか？【　はい　・　いいえ　】

また、その食品は何ですか？

食品：

　　指導されている内容を、具体的に（完全除去・少量可など）

（５）定期的な受診はしていますか？　【　はい　・　いいえ　】

　　　①病院名　：

　　　②頻度　　：　　　　　　ヶ月に　　　　回

（６）家庭ではどのように対応していますか？

（７）保育施設へ携帯を希望する薬はありますか？【　ある　・　ない　】

　　　　処方薬（内服薬（抗ヒスタミン薬、ステロイド薬）・アドレナリン自己注射薬「エピペン」など）

《備考欄》