保護者　様

垂井町立一時的保育室

食物アレルギー調査について（お願い）

保護者の皆さまにおかれましては、ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

一時的保育室では、お子さんが安全に生活できるように、健康に関して留意することなどを調査させていただき、医師の診断のもとに対応させていただきたいと考えています。つきましては、下記の項目についてご回答いただきますよう、よろしくお願いいたします。

お子さんの名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日＿＿＿＿＿＿＿＿

◎食物アレルギーがありますか？どちらかに○を記入してください。

・ある　　・ない

「ある」と回答した方のみ、下記の質問にお答えください。

1　医師の診断について

（1）医師の診断を受けましたか？

・はい　（診断の時期　　年　　月　　日　　歳　　ヶ月頃）

・いいえ

（2）医師からの書面での記録をもらったことがありますか？

・はい　（　診断書　　食事指導　　各種検査結果　　その他　　）

・いいえ

（3）エピペンを処方されていますか？

・はい（いつから　　年　　月頃　）

・いいえ

2　食物アレルギーの状況について

（1）原因食品は何ですか？（該当する食品を<u>すべて</u>記入してください。）

＿＿＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿＿＿＿＿

（2）原因食品を食したときに現れる症状はどのようなものですか？

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（3）アナフィラキシーショック（呼吸困難、意識障害など）を起こしたことはありますか？

・はい　（最初　　年　　月頃、これまでに　　回）（最近　　年　　月頃）

・いいえ

・「はい」と回答した方のみ、お答えください。その時、どのような処置をしましたか？

（　　）

3　家庭での食事の状況について

原因食品について、どのように対応していますか？（該当するものに○を記入してください。）

・完全に除去している　　・除去している　　・除去していない

・その他（　　）