

食物アレルギー等に関する調査票（放課後児童会）

下の問いについて、該当する項目の□内に✓を、項目によっては（ ）内に必要事項をご記入ください。
また、持病や発作等に関することは、問11にご記入ください。

問1. 食物アレルギーはありますか。

いいえ（→原則、調査票を提出する必要はありません。）

はい【医師の診断： 有・ 無】

問2. 食後、以下のような症状が出たことがありますか。

ある場合、該当する項目全てに✓をつけてください。

ない

ある → じんましん、あかみ、かゆみ 口唇やまぶた等の顔面の腫れ

腹痛

嘔吐・下痢

鼻水、鼻づまり、せき

その他（

）

問3. 運動でアレルギー症状を発症したことはありますか。

ない

ある → 食事との関連あり

食事との関連なし

問4. 発症時の対応について、ご家庭ではどのように対応されていますか。

問5. 現在、除去している食物はありますか。（診断の有無に関わらず）

ない（→質問は以上です）

ある → 食物名（

）

※ある場合 → 以下の質問にお答えください

問6. アナフィラキシーおよびアナフィラキシーショック（以下のような症状）を起こしたことがありますか。

ない

ある → （回数： 回、最後の発症年月： 年 月）

症状等 → ぐったり、意識もうろう、尿や便をもらす、脈がふれにくいまたは、不規則、唇や爪が青白い

のどや胸が締め付けられる、声がかすれる、犬が吠えるような咳、息がしにくい、

持続する強い咳き込み、ゼーゼーする呼吸

※裏面に続く

問7. エピペン®を処方されていますか。

- いいえ
- はい → いくつ処方されていますか ()本
→ これまでの保管場所はどこですか。
- 本人が携帯 学校 その他()

問8. エピペン®以外で、食物アレルギーに関して、放課後児童会に持参する必要がある薬がありますか。

- ない ある → 薬品名()

※放課後児童会の指導員等の職員は、薬を飲ませる等の医療行為はできません。

問9. エピペン®や持参薬について、児童自身で管理及び使用ができますか。

- いいえ はい

問10. 食物アレルギーに関し、放課後児童会との面談を希望しますか。

- する しない

問11. その他、食物アレルギー、持病、発作等に関して何か心配なこと、放課後児童会に伝えておきたいこと等がありましたらご記入ください。

青少年育成課が当該児童の出身保育園及び幼稚園または入学予定の小学校等に保育上の留意点の問い合わせを行うことがあります。(就学支援シートの閲覧を含む。)また、必要に応じて放課後児童会指導員に情報提供をさせていただきます。

以上のことに了承します。

令和 年 月 日

児童会名 _____

児童名 _____

保護者名 _____