|  |
| --- |
| **食物アレルギー調書** |

氏名　　　　　　　　　　 　男・女　　生年月日：　平成　・　令和　　　年　　月　　日生（　　才）

 **お子さんに、食物アレルギーがありますか。　（　はい　・　いいえ　）**

**※「はい」の場合は、下記の質問事項にお答え下さい。**

　　　≪ご注意≫

　給食委託業者では、アレルギーの原因となる食材料を取り除いた除去食を可能な範囲で行っています。

一部はアレルギー対応していないことがありますので、保育園へお問い合わせください。

1. 原因となるものは何ですか。

1. どのような症状がありますか。（制限食品を食べた時の症状）

例）ぜんそく・かゆみ・湿疹・じんましん・アナフィラキシー・チアノーゼ・特になし等

1. 食事の制限をしていますか。　（　はい　・　いいえ　）

　　　いつから行っていますか。 　（　　　歳　　　か月）

1. 現在の食事（食物）の制限は、医師の診断と指示ですか。（　はい　・　いいえ　）

※「はい」の場合

|  |  |
| --- | --- |
| 診断名 |  |
| 除去食品 |  |
| 薬 |  |
| 病院名 |  |
| 主治医名 |  |
| 通院状況 |  |

※「いいえ」の場合は、どなたの判断ですか。

　　・保護者

　　・その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. ご家族に、食物アレルギーの方はいますか。　　　　（　はい　・　いいえ　）

※それはどなたですか。

（　父・母・祖父・祖母・兄・姉・弟・妹・その他　　　　　　　　　　　）

※原因となる食品は何ですか。