アレルギー確認

名前		生年月日	H・R　　年　　月　　日

アレルギーと診断されたことがありますか？	□無　　□有

アレルギーの種類・内容	□食物アレルギー（以下をご記入下さい） 除去食品：□卵　□乳製品　□小麦　□大豆　□ピーナッツ □甲殻類（エビ・カニ）□果物（　　） □その他（　　） ＊具体的にどこまで除去していますか　例：卵つなぎは可等 （　　） □気管支喘息　□継続治療　薬品名（　　） □発作時のみ治療　薬品名（　　） □アトピー性皮膚炎　□薬剤（　　）□その他（　　）

※食物除去・接触回避の必要のある方は、以下もご記入下さい。

アレルギー発症の既往	□無　　□有（有の方は以下をご記入下さい） 発症状況：□かゆみ □じんましん〔部位（　　）〕 □喘鳴　□ぐったり　□呼吸困難　□腹痛 □嘔吐　□下痢 □アナフィラキシーショック □その他（　　） 発症後の対応：□経過観察（受診・薬投与なし） □病院受診（通院又は入院） □常用薬投与　□レスキュー薬投与

常用薬剤	□無　　□有（有の方は以下をご記入下さい） 薬品名： 剤型　：□内服　□塗り薬　□点眼　□点鼻 □座薬　□その他（　　）
レスキュー薬の有無	□無　　□有（薬剤名：　　）

エピペンをお持ちですか？	□いいえ　□はい（はいの方は以下をご記入下さい） 最終の使用日：　　年　　月　　日 保育内での使用を希望しますか？ □いいえ　　□はい

状態によっては保護者の方にご連絡させていただき、早急にお迎えをお願いすることもあります。

上記内容を担当者と確認致しました。

令和　　年　　月　　日　　保護者署名＿＿＿＿＿＿＿＿

担当者：＿＿＿＿＿＿＿＿