

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？	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
----------------------	----------------------------	----------------------------

アレルギーの種類・内容	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー（以下をご記入下さい） 除去食品： <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> 甲殻類（エビ・カニ） <input type="checkbox"/> 果物（ <input type="checkbox"/> ） <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> ） *具体的にどこまで除去していますか 例：卵つなぎは可等 （ <input type="checkbox"/> ） <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 薬剤（ <input type="checkbox"/> ） <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> ）
-------------	---

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

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

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