**アレルギー疾患に関する調査**

　　　　記入日：令和　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名： | 組： |
| 児童名： | 年齢：　　　　歳　　　ヶ月 | 男 ・ 女 |

**１**．該当するアレルギー疾患はありますか。

　　・**食物アレルギー**　　□　ない　□　ある　　　**質問２へ**

・気管支喘息　　　　□　ない　　□　ある　→治療：　している　・　していない

　　・アレルギー性鼻炎　□　ない　　□　ある　→治療：　している　・　していない

**質問５へ**

　・アトピー性皮膚炎　□　ない　　□　ある　→治療：　している　・　していない

　・アレルギー結膜炎　□　ない　　□　ある　→治療：　している　・　していない

**２**．医療機関でアレルギー検査等を受けたことがありますか。　　→　□　ない　　□　ある

　　　　　※「ある」と答えた方（結果：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**３**．食物が原因で、アナフィラキシーを起したことはありますか。

　　　　□　ない　　　　□　ある　→回数（　　　回）最終発病年月（　　　　年　　　　月）

|  |
| --- |
| 原因食物： |
| 症状： |

【アナフィラキシーとは】

じんましんなどの皮膚症状、腹痛や嘔吐などの消化器症状、ゼーゼー、呼吸困難などの呼吸器症状が、**複数同時にかつ急激に出現した状態**をアナフィラキシーと言います。その中でも、血圧が低下して意識の低下や脱力を来たすような場合を、特にアナフィラキシーショックと呼び、直ちに対応しないと生命にかかわる重篤なアレルギー反応です。

**４**．現在、食物アレルギーが原因で起こる症状と家庭での除去について記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 食品名 | 具体的な症状 | 除去しているか（○・×） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

裏面へ

**５**．現在、アレルギー治療のために使用している薬はありますか。

　　　□　ない　　　　□　ある→薬剤名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　＊保育所（園）・認定こども園で与薬する可能性がある薬剤に関しては別紙「与薬のお願い」の提出が必要となります。

**６**．アレルギー症状が現れた場合、受診する医療機関を記入してください。

（※主治医の了承を得るようお願いします。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | 主治医名 |  |
| 医療機関住所 |  | 電話番号 |  |
| 医療機関名 |  | 主治医名 |  |
| 医療機関住所 |  | 電話番号 |  |
| 医療機関名 |  | 主治医名 |  |
| 医療機関住所 |  | 電話番号 |  |

**７**．緊急時（アレルギー症状が強く現れた時）に、必ず連絡がとれる連絡先を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 優先順位 | 氏名 | 続柄 | 電話番号 | 連絡先 | 特記事項 |
| １ |  |  |  | 自宅 ・ 職場 ・ 携帯 |  |
| ２ |  |  |  | 自宅 ・ 職場 ・ 携帯 |  |
| ３ |  |  |  | 自宅 ・ 職場 ・ 携帯 |  |

**８**．主治医よりアレルギーについて日常生活で注意を受けていることがあれば、記載してください。

|  |
| --- |
|  |

ご協力ありがとうございました。

福島市幼稚園・保育課