**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　　　　か月 | 男 ・ 女 |

**１**　アレルギー疾患はありますか。

　　　　　　　□　ない・まだわからない　　　　　　調査は以上になります。ありがとうございました。

□　ある

　　**「ある」と答えた方は、以下の質問にお答えください**

**２**　アレルギー疾患は何ですか。

* 食物アレルギー　　　　　□　気管支喘息　　　　　　　□　アレルギー性鼻炎
* アレルギー性皮膚炎　　　　□　アレルギー性結膜炎
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・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」と答えた方は、その時期と医療機関名、結果を記入してください。

　　　年　　　月頃　　医療機関名：

結果：

**食物アレルギー以外に該当する方は、質問５にお進みください。**

**３**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

**４**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。

**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」の提出が必要になります。

**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 |  |

**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。

|  |
| --- |
|  |

福島市幼保支援課

ご協力ありがとうございました。