

主治医と相談の上、保護者が記入し園に提出す

食物アレルギーの経過申告書

申告日 令和 年 月 日

網干保育園 様

児童氏名 _____ 生年月日 平成・令和 年 月 日

保護者氏名 _____ 印 _____

1 本児は、下記のアレルギーがあります。食物アレルギー対応については、これまでに経験したアレルギーの経過および除去の程度を以下のように申告しますので、貴園での生活管理において配慮願います。

アレルギー	除去の程度	食べた時の症状	備考
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 微量の混入は可 <input type="checkbox"/> 加工品は可 <input type="checkbox"/> その他注意事項 []	<input type="checkbox"/> 顔面紅潮、まぶたのはれ、じんましん <input type="checkbox"/> 咳、ゼイゼイ、ヒューヒューなど呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐等の消化器症状 <input type="checkbox"/> 意識消失、ぐったりするなどの低血圧症状 <input type="checkbox"/> その他() 最終症状確認 平成・令和 年 月 頃	
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 微量の混入は可 <input type="checkbox"/> 加工品は可 <input type="checkbox"/> その他注意事項 []	<input type="checkbox"/> 顔面紅潮、まぶたのはれ、じんましん <input type="checkbox"/> 咳、ゼイゼイ、ヒューヒューなど呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐等の消化器症状 <input type="checkbox"/> 意識消失、ぐったりするなどの低血圧症状 <input type="checkbox"/> その他() 最終症状確認 平成・令和 年 月 頃	
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 微量の混入は可 <input type="checkbox"/> 加工品は可 <input type="checkbox"/> その他注意事項 []	<input type="checkbox"/> 顔面紅潮、まぶたのはれ、じんましん <input type="checkbox"/> 咳、ゼイゼイ、ヒューヒューなど呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐等の消化器症状 <input type="checkbox"/> 意識消失、ぐったりするなどの低血圧症状 <input type="checkbox"/> その他() 最終症状確認 平成・令和 年 月 頃	

4品目以上ある場合には裏面に記載のこと

食物アレルギーのために受診している医療機関

医療機関名 _____

医師名 _____

- この申告書は、上記医師の診断を受けています。
- 上記医療機関には(およそ _____ ヶ月ごと・年1回以上・必要時)に受診しています。
- 最後に受診した年月日は(平成・令和 年 月 日)
- 緊急時に使用するため、下記の薬剤を処方されています。

飲み薬* 吸入薬* 自己注射薬(エピペン)

* 薬品名()

必要があれば、診療情報を照会することを了承します。

職員記入欄	面談日	年	月	日
施設側面談者名	保護者側面談者			
1.施設長:	1. 母			
2.主任:	2. 父			
3.担任:	3. その他			
4.調理:				

アレルギー	除去の程度	食べた時の症状	備考
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 微量の混入は可 <input type="checkbox"/> 加工品は可 <input type="checkbox"/> その他注意事項 []	<input type="checkbox"/> 顔面紅潮、まぶたのはれ、じんましん <input type="checkbox"/> 咳、ゼイゼイ、ヒューヒューなど呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐等の消化器症状 <input type="checkbox"/> 意識消失、ぐったりするなどの低血圧症状 <input type="checkbox"/> その他() 最終症状確認 平成・令和 年 月 頃	
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 微量の混入は可 <input type="checkbox"/> 加工品は可 <input type="checkbox"/> その他注意事項 []	<input type="checkbox"/> 顔面紅潮、まぶたのはれ、じんましん <input type="checkbox"/> 咳、ゼイゼイ、ヒューヒューなど呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐等の消化器症状 <input type="checkbox"/> 意識消失、ぐったりするなどの低血圧症状 <input type="checkbox"/> その他() 最終症状確認 平成・令和 年 月 頃	
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 微量の混入は可 <input type="checkbox"/> 加工品は可 <input type="checkbox"/> その他注意事項 []	<input type="checkbox"/> 顔面紅潮、まぶたのはれ、じんましん <input type="checkbox"/> 咳、ゼイゼイ、ヒューヒューなど呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐等の消化器症状 <input type="checkbox"/> 意識消失、ぐったりするなどの低血圧症状 <input type="checkbox"/> その他() 最終症状確認 平成・令和 年 月 頃	
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 微量の混入は可 <input type="checkbox"/> 加工品は可 <input type="checkbox"/> その他注意事項 []	<input type="checkbox"/> 顔面紅潮、まぶたのはれ、じんましん <input type="checkbox"/> 咳、ゼイゼイ、ヒューヒューなど呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐等の消化器症状 <input type="checkbox"/> 意識消失、ぐったりするなどの低血圧症状 <input type="checkbox"/> その他() 最終症状確認 平成・令和 年 月 頃	
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 微量の混入は可 <input type="checkbox"/> 加工品は可 <input type="checkbox"/> その他注意事項 []	<input type="checkbox"/> 顔面紅潮、まぶたのはれ、じんましん <input type="checkbox"/> 咳、ゼイゼイ、ヒューヒューなど呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐等の消化器症状 <input type="checkbox"/> 意識消失、ぐったりするなどの低血圧症状 <input type="checkbox"/> その他() 最終症状確認 平成・令和 年 月 頃	
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 微量の混入は可 <input type="checkbox"/> 加工品は可 <input type="checkbox"/> その他注意事項 []	<input type="checkbox"/> 顔面紅潮、まぶたのはれ、じんましん <input type="checkbox"/> 咳、ゼイゼイ、ヒューヒューなど呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐等の消化器症状 <input type="checkbox"/> 意識消失、ぐったりするなどの低血圧症状 <input type="checkbox"/> その他() 最終症状確認 平成・令和 年 月 頃	