

健康狀況調查票

申請児童名	生年月日	H・R	年	月	日生
-------	------	-----	---	---	----

食 事 に つ い て					
食物アレルギーはありますか		はい ・ いいえ			
※以下は、上記で『はい』に○をされた人のみ記入してください。					
病院の 受診	かかりつけ病院名				
	検 査 の 有 無	有（病院名： ） ・ 無			
	検 査 日	年 月 日	次回受診予定日	年 月 日	
	診 断 名	食物アレルギー ・ アナフィラキシー （過去に 有 ・ 無 ） その他（ ）			
アレルギーの原因食品はなんですか		□一次製品のみ 鶏卵 ・ 牛乳 ・ 小麦 ・ 大豆 ・ ピーナッツ ・ 魚卵 □二次製品（ ） □その他（ ）			
家庭で気を付けていることはありますか					
原因食品摂取時の症状について		※摂取した時に出現する可能性のある症状 ショック ・ 咳き込み ・ 呼吸困難 ・ 顔面紅潮 ・ 湿疹 ・ 掻痒感（かゆみ） ・ 下痢 ・ じんましん その他（ ）			

[illegible]

保育所等に伝えておきたいことや お子さんの健康・発達で気になる ことがあればご記入ください	