

**※各申請児童につき、1枚記入してください。**

1. 病歴・持病等

無  有（病名： \_\_\_\_\_ ） 年 月から

2. 投薬の状況

無  有（薬の名称： \_\_\_\_\_ ）

※原則として、保育所等での投薬行為はできません。

3. 発育について 言葉や発育について相談している病院や施設はありますか？

無  有（機関名： \_\_\_\_\_ ） 年 月から 月 回程度

※申請時に、医療機関等の診断書や意見書等をご提出をお願いいたします。

4. 食物アレルギーについて

（ア）食物アレルギー  無  有：入所決定後に、医師の診断書等の提出をお願いします。

※まだわからない場合、申込日時点で無ければ「無」にチェックをしてください。調査票提出後にアレルギーが判明した場合、保育施設に入所前であれば子育て支援課へ、入所後は直接保育施設にご報告ください。

（イ）「有」の場合、食物アレルギーの原因となるもの（該当するもの全てにチェックしてください。）

卵  牛乳  乳製品  小麦  魚介類  甲殻類  そば  くだもの

ナッツ類  豆類  その他：（具体的な品名 \_\_\_\_\_ ）

5. 食物アレルギーの症状について ※食物アレルギー「有」にチェックをされた方のみお答えください。

（ア）どの部分に、どのような症状が現れますか？また、食べてから症状が出るまでにかかる時間はどれくらいですか？

・症状について（なるべく詳しく記入してください。）

[ \_\_\_\_\_ ]

・症状が出るまでの時間  30分未満  30分以上

（イ）症状が出た時、どのような処置をしていますか？

[ \_\_\_\_\_ ]

（ウ）現在、アレルギーの原因となるものは除去していますか？

完全に除去している  加工食品に含まれているものは食べている  その他（ \_\_\_\_\_ ）

6. その他のアレルギーについて

（ア）その他のアレルギー  無  有：入所決定後に、医師の診断書等の提出をお願いします。

（イ）「有」の場合の症状について（該当するものにチェック、または記入してください。）

アトピー性皮膚炎  ぜんそく  その他（ \_\_\_\_\_ ）

7. その他、アレルギー等に関することで、禁止・注意事項等があれば記入ください。

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

※各申請児童につき、1枚記入してください。

**記入例**

1. 病歴・持病等

無  有（病名： \_\_\_\_\_ ） 年 \_\_\_\_\_

2. 投薬の状況

無  有（薬の名称： \_\_\_\_\_ ）

※原則として、保育所等での投薬行為はできません。

3. 発育について 言葉や発育について相談している病院や施設はありますか？

無  有（機関名：**子育て支援総合センター**） **令和6** 年 **8** 月から 月 **1** 回程度  
 ※申請時に、医療機関等の診断書や意見書等を提出をお願いいたします。

4. 食物アレルギーについて

（ア）食物アレルギー  無  有：入所決定後に、医師の診断書等の提出をお願いします。

※まだわからない場合、申込日時点で無ければ「無」にチェックをしてください。調査票提出後にアレルギーが判明した場合、保育施設に入所前であれば子育て支援課へ、入所後は直接保育施設にご報告ください。

（イ）「有」の場合、食物アレルギーの原因となるもの（該当するもの全てにチェックしてください。）

卵  牛乳  乳製品  小麦  魚介類  甲殻類  そば  くだもの  
 ナッツ類  豆類  その他：（具体的な品名 \_\_\_\_\_ ）

5. 食物アレルギーの症状について ※食物アレルギー「有」にチェックをされた方のみお答えください。

（ア）どの部分に、どのような症状が現れますか？また、食べてから症状が出るまでにかかる時間はどれくらいですか？

・症状について（なるべく詳しく記入してください。）

[ **口の周りに赤く発疹が出て、かゆくなる。** ]

・症状が出るまでの時間  30分未満  30分以上

（イ）症状が出た時、どのような処置をしていますか？

[ **うがいをして、口の周りを冷やす。** ]

（ウ）現在、アレルギーの原因となるものは除去していますか？

完全に除去している  加工食品に含まれているものは食べている  その他（ \_\_\_\_\_ ）

6. その他のアレルギーについて

（ア）その他のアレルギー  無  有：入所決定後に、医師の診断書等の提出をお願いします。

（イ）「有」の場合の症状について（該当するものにチェック、または記入してください。）

アトピー性皮膚炎  ぜんそく  その他（ \_\_\_\_\_ ）

7. その他、アレルギー等に関する事で、禁止・注意事項等があれば記入ください。

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_