

※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。

1. 病歴・持病等

☒ 無 ☐ 有（病名： ） 年

記入例

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。
