第１号様式-4

食物アレルギーチェック票

児童氏名（ふりがな）		生年月日	西暦　　年　　月　　日

入園および食事の提供が可能か確認するため、食物アレルギーの状況を伺います。

お子様は食物アレルギー症状がありますか。　ある　・　ない

「ない」方は、署名欄に記入いただき終了となります。アレルギー症状が「ある」方は、以下ご記入をお願いします。

① アレルゲン：
② アレルゲンの接取可能量（全除去か数量の限定があるか）：　摂取不可　　・　　一部摂取可能
③ ②にて一部摂取可能の場合、1 日の摂取量：（　　ml）
④ アレルギーが判明した経緯：（　　）
⑤ 直近でアレルギー反応が出た日：（　　）
⑥ アレルギー反応の具体的な症状：（　　）
⑦ 通院の頻度：（　　）
⑧ 医師から指導されていること（生活上注意すること、集団生活で注意することなど）：
（　　）
⑨ 負荷試験の有無と具体的な内容（毎日〇〇ml 試していく等）：
無　・　有（内容：　　）
⑩　医師から指示されているアレルギー反応発生時の対応：
（
⑪　服用中の薬：　無　・　有（　　）
⑫　エピペン処方の有無：　無　・　有（　　）

食物アレルギーチェック票署名欄

私が、この食物アレルギーチェック票に記載した内容は事実に相違ありません。

西暦　　年　　月　　日　　氏名

2025.11