アレルギーアンケート

児童名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※アレルギーがある方のみ提出をお願い致します。

1．医師からアレルギーと診断されている方

・医療機関名称：＿＿＿＿＿＿＿＿　・医療機関住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・医療機関電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿

2．医師からｱﾄﾞﾚﾅﾘﾝ自己注射製剤（エピペン®）を処方されている・・・【　はい　・　いいえ　】

3．アレルギー対象食品（複数回答可）

・小麦　・卵　・乳　・そば　・落花生　・エビ　・カニ　・あわび　・いか　・いくら
・オレンジ　・カシューナッツ　・キウイ　・牛肉　・くるみ　・ごま　・鮭　・さば
・大豆　・鶏肉　・バナナ　・豚肉　・まつたけ　・もも　・やまいも　・りんご　・ゼラチン

4. 上記以外のアレルギー（ハウスダスト等）

（　　）

5. 学童等でアレルギーが出た場合の対応があればお書きください。

（　　）

記

小学校・学年	
児童氏名	
児童　生年月日	
緊急連絡先１	
緊急連絡先２	
その他 申し送り事項	

※学童でアレルギー症状が出た場合は、緊急連絡先に連絡させていただきます。

幼稚園 TEL　　053-471-3491

学童携帯　　090-1740-0659