※申請児童に食物アレルギーがない場合は提出不要です。

食物アレルギー調査票

記入日　　年　　月　　日

申請児童	フリガナ	
	氏　名	

●該当する箇所に☑や、必要事項を記入してください。御記入いただいた内容は、入所時に各クラブと共有します。
また、エピペンを処方されている児童は、入所前に面談を行います。あらかじめ御承知おきください。

1　アレルギー反応のある食べ物はどのようなものですか。すべてに〇をしてください。症状の過多に関わらず摂取を避けている食べ物には〇をしてください。

卵　乳　小麦　えび　かに　落花生　そば　くるみ　カシューナッツ　アーモンド　いか
オレンジ　マカダミアナッツ　キウイフルーツ　牛肉　ごま　さけ　さば　あわび　いくら　大豆
鶏肉　バナナ　豚肉　もも　やまいも　りんご　ゼラチン　ピスタチオ
その他（　　）

2　アレルギー反応は、いつ頃、どの部分に、どのような症状であらわれましたか。

・いつ（　　）歳頃
・どこに　□顔面　□手・足　□胸部　□腹部　□全身　□その他（　　）
・症状（　　）

3　アナフィラキシーショックを起こしたことはありますか。また、それはいつどのような症状がありましたか。

□ない　□ある
・いつ（　　）歳頃
・発症のきっかけ（　　）
・症状（　　）

4　現在は、何をどのくらい、どうすると発症しますか。また、どのような症状があらわれますか。

・何を（　　）
・どのくらい（　　）
・どうすると　□食べると発症　□直接触れると発症　□飛沫・摂取した他人の唾液に触れる等で発症
・症状（　　）

5　服薬について

・日常的に服用していますか
□していない　□している
・発作時の頓服薬(内服)はありますか。
□ない
□ある　薬の名前(　　)　形状:□粉　□錠剤　□その他(　　)
→どうなったら薬を服用しますか(例:目の周りのかゆみが出たら　じんましんが出たらなど)
(　　)
※クラブでの与薬はできません。 内服薬は一人で飲めるよう、御家庭で練習をしてください。
・「エピペン」は処方されていますか
□されていない　□されている
・児童自身での自己注射の経験・練習経験はありますか
□ある　□ない　□練習のみ

6　アレルギーについてのかかりつけ医はありますか。また、緊急時の救急搬送先はどこを希望しますか。 ※記入いただいた病院へ搬送することをお約束するものではありません。
かかりつけ医　病院名：　　　　　　　　　　　　連絡先： 救急搬送先　　病院名：　　　　　　　　　　　　連絡先：
7　児童は該当の食べ物についてどのくらい理解していますか。
□理解していて、入っている可能性があるものを自分で避けたり職員に確認できる □あまり理解しておらず、職員の配慮が必要。
8　おやつ等の個別対応は必要ですか。 ※クラブでは毎日おやつの提供があります。 お楽しみ会などの行事の際に昼食を提供する場合があります（ハンバーガー・お弁当・サンドイッチなど）。
□必要ない　□必要あり→［□特定の種類を除く　□全て持ち込む　□その他（　　　　　　　　）］
9　コミュニティクラブの活動で必要な対応はありますか。
□　特に必要ない □　食事・おやつの際に、他の児童と席を離す／テーブルを別にする □　食事・おやつ後の片付けや床掃除を避ける □　その他（下に具体的に記入してください） （＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

入所が決定した際のお願い

〇体調が悪くなったり、いつもと違う感じがする時にはクラブの職員にすぐに伝えるよう、お子さんとよくお話しをしてください。

〇クラブでの与薬はできません。内服薬は一人で飲めるよう、御家庭で練習をしてください。

〇エピペンや内服薬は、通学鞄のどこへ入れているかを支援員に伝えてください。また、校外学習の時や長期休暇中など、別の鞄を使用してクラブに通所するときは、鞄のどこにしまっているかを職員に連絡帳等でお知らせください。

〇アレルギーについて状況が変わったとき（除去が不要になった、症状が重くなった、対象物質が増えたなど）は、速やかに職員にお伝えください。