ア　レ　ル　ギ　ー　等　調　査　票

管理者　殿

私は（児童氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿がこども園を利用するにあたり、次のとおり情報提供します。

記　入　日	令和　　年　月　日
利用者氏名	
利用者生年月日	平成・令和　　年　月　日
保護者氏名	

以下の質問について回答をお願いします。「はい」等の場合は質問事項内の括弧内にも併せてご記入願います。

質問事項	回答欄	
お子様の発育歴についておたずねします 出生体重（　　）g　分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか	 あった あった	 なかった なかった
乳幼児健診で異常があると言われたことがありますか	ある	ない
生まれてから今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気）にかかり医師に診察を受けていますか　病名（　　）	はい	いいえ
ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか （　　）歳（　　）ヵ月頃 そのときに熱がでましたか	ある はい	ない いいえ
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、具合が悪くなったりしたことがありますか 薬品（　　） 食品（　　） （　　）歳（　　）ヵ月頃	ある	ない
アレルギーに関して医師の診療を受けたことがありますか 診断結果（　　）	ある	ない
家族にアレルギー等の症状がある方はいますか 続柄（　　）	いる	いない

この調査は、園における給食提供を円滑に行うための資料にさせていただきます。個人情報として、厳守し、園の業務以外に利用することはありません。

尚、除去食に関しては、別途用紙の記入及び、医師の診断書をお願しております。