

アレルギー面談チェックシート



いこま保育園

入園時・年度初め・その他	面談日	年	月	日	面談者名
--------------	-----	---	---	---	------

子ども氏名	ふりがな	男・女	平成	年	月	日生
保護者						

必要書類の確認

<input type="checkbox"/> A アレルギー除去食に関する診断書	<input type="checkbox"/> B 食物アレルギー除去食（依頼・解除・変更）届	<input type="checkbox"/> C アナフィラキシー時緊急対応薬依頼表
---	---	---

アレルギー病歴等確認	アレルギーの種類を教えてください	食物・動物・ハウスダスト・その他 具体的に（ ）				
	かかりつけ医はどちらですか	施設名				
	アレルギーにいつ頃、どんな症状で気づきましたか。これまでの経過を簡単に教えてください。 アナフィラキシー症状の経験があれば、それはどんな時にどのような症状でしたか。（あり・なし）					
	アナフィラキシー時の緊急対応薬がありますか	いいえ・はい（アナフィラキシー時の緊急対応薬依頼表にご記入ください）				
	内服薬の薬剤名、どのような症状の時に使用するか （例：小さな発疹や腫れの時も など）	アドレナリン自己注射薬（エピペン）をどのような症状で使用するか （例：小さな発疹や腫れの時も など）				
	現在の状況を教えてください	定期受診あり 回 / 週 ・ カ月 ・ 年				
	定期内服薬 （薬剤名・服用方法など）					
	塗布薬 （薬剤名・塗布方法、部位など）					
	今後の方針について、医師にどのように聞いていますか					

診断書、除去食依頼書に基づく除去食品の確認

除去食品を触ることや、食べている人との接触も避けますか？	いいえ・はい	「はい」→事故防止のためにテーブルを別にしますがよろしいですか	いいえ・はい
アレルギー症状が出た場合の対応について 蕁麻疹など、軽度でも症状が出た場合、速やかに電話連絡し対応を扇ぎますがよろしいですか			いいえ・はい