

アレルギー面談チェックシート

| | | | | | |
|--------------|-----|---|---|---|------|
| 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 令和 | 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 |

アレルギー面談チェックシート

ごしょがだに保育園

| | | | | | |
|--------------|-----|---|---|---|------|
| 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 令和 | 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 |