

アレルギー問診票



お子さまの名前： _____

問診票記入者： _____

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

①薬物アレルギーはありますか (有り・無し)

★「有り」の場合：薬剤名 _____

どんな症状でしたか (発疹・あかみ・かゆみ・水ぶくれ・発熱・その他 (_____))

★その薬剤でアナフィラキシー症状 (下記) をおこしたことがありますか (有り・無し)

★「有り」の場合：どんな症状でしたか (_____) 発生年月： _____ 年 _____ 月 _____ 日

保育士記載欄：

②食物アレルギーはありますか (有り・無し)

アレルギー食材：

保育士記載欄：

★その食物でアナフィラキシー症状 (上記) をおこしたことがありますか (有り・無し)

★「有り」の場合：どんな症状でしたか (_____) 発生年月： _____ 年 _____ 月 _____ 日

③薬物・食物以外のアレルギーはありますか (有り・無し)

★「有り」の場合、物質名： _____

★その物質でアナフィラキシー症状 (上記) をおこしたことがありますか (有り・無し)

★「有り」の場合：どんな症状でしたか (_____) 発生年月： _____ 年 _____ 月 _____ 日

保育士記載欄：