

令和8年度 アレルギー調査票

学年	児童名：	クラブ名：	児童クラブ
体重 Kg	保護者名：	記入日：	令和 年 月 日

【質問 1】 食物アレルギーはありますか（該当する□にチェック✓をつけてください。）

☐ ない、食物以外のその他のアレルギーもない 【質問 4】（裏面）へ

☐ ある 【質問 2】へ

☐ 食物アレルギーはないがその他のアレルギーがある 【質問 3】（裏面）へ

【質問2】 食物アレルギーについて

①アレルギーをおこす原因となる食物（食材）とその症状に該当する□に✓およびご記入ください。

食物（食材）	程度	症状
	☐ 軽度 ☐ 中度 ☐ 重度※ 製造ラインに含まれる ☐ 可 ☐ 不可 ☐ その他（ ）	

※軽度（皮膚症状が部分的で消化器症状も弱く、元気がなくなる程度）
 中度（皮膚症状は全身に広がり、我慢できないほどのかゆみや、軽い息苦しさや、眠気が現れる場合もあるなど。）
 重度（全身症状が現れ、強い腹痛や嘔吐を繰り返し、便失禁やぐったりして意識を消失する場合もあるなど。）

②対応する薬を持っていますか。(該当する□に✓をつけてください。)

☐ はい ☐ いいえ

「はい」に✓をつけられた方は、下記の該当する項目に✓をつけ、薬品名をご記入ください。

内服薬	常に所持している ☐ はい ☐ いいえ 薬品名：
注射（エピペン）	常に所持している ☐ はい ☐ いいえ 薬品名：

※エピペンをお持ちの場合はおやつはご持参となります

※別途、エピペンに関する、同意書をご記入いただきます

③アナフィラキシー症状など重篤な症状の可能性はありますか。（該当する□に✓をつけてください。）

☐ある ☐ない

「ある」に✓をつけられた方は、具体的症状および対応について下記にご記入ください。

最後に発症した年齢：	才頃
具体的な原因・症状・対応：	
その他：	
かかりつけ医療機関：	

※裏面も記載ください

【質問3】食物アレルギー以外のアレルギー症状について

①お子さんがお持ちのアレルギー症状は何ですか。（該当する□に✓およびご記入ください。）

☐喘息 ☐アレルギー性鼻炎 ☐アトピー性皮膚炎 ☐アレルギー性結膜炎
☐その他：

②アレルゲン（アレルギーの原因となるもの）は何ですか。（該当する□に✓およびご記入ください。）

☐ハウスダスト ☐ダニ ☐花粉 ☐ペットの毛、フケ等 ☐カビ ☐蜂毒 ☐ラテックス
☐金属 ☐薬物／種類：
☐その他：

③アレルギー症状の対応についてご記入ください。（該当する□に✓およびご記入ください。）

☐薬で対応 薬品名： ☐持参する ☐持参しない
持参するお子様は自分で使用することができますか。 ☐はい ☐いいえ
☐その他の対応：

④アナフィラキシー症状など重篤な症状の可能性はありますか。（該当する□に✓をつけてください。）

☐ある ☐ない

「ある」に✓をつけられた方は、具体的症状および対応について下記にご記入ください。

最後に発症した年齢： 才頃

具体的な原因・症状・対応：

その他：

かかりつけ医療機関：

【質問4】打撲等の対応について（該当する□に✓およびご記入ください。）

※基本的には冷却で対応させていただきます。

ムヒの使用は ☐可 ☐不可
アルコール消毒の使用は ☐可 ☐不可

使用の際の参考（特定の種類にかぶれるなど）：

【質問5】その他、特記事項等があればご記入ください。

※状況に変更があった場合は、必ず児童クラブまでお知らせください。

ご協力ありがとうございました。