

# 食物アレルギー調査票

令和 年 月 日

保護者名	TEL - -
児童名	<input type="checkbox"/> 男児 / <input type="checkbox"/> 女児
生年月日	H・R 年 月 日生 ( 歳 ヵ月)

■食物アレルギーの有無について該当する項目に✓印を記入願います。

1 食物アレルギーの有無について

ある

ない

【「ない」の場合は設問終了です】

2 医療機関（医師）の診断を受けましたか

受診済

未受診

【医療機関の受診をお願いします】

3 除去食が必要との診断でしたか

必要

不要

4 希望する保育所の対応について

特に対応は不要

献立の事前確認をしたい

個別対応（除去食）を希望する

※個別対応（除去食）を希望される場合は、「アレルギー除去食申請書」及び医療機関の「食物アレルギー検査結果報告書」の写しをご提出ください。