アレルギー等調査票

墨田区令和９年度学童クラブ利用申請用

記入日　　年　　月　　日

児童名

保護者名

・この調査票は、アレルギー対応等の配慮が必要なお子さまをお預かりするにあたり、必要な情報を保護者と職員間で共有するためのものです。
・調査票を提出した後に変更等がありましたら、職員までお知らせください。
・アレルギー以外の疾病や身体的な配慮が必要となる場合にも本調査票を記入いただく場合があります。

1　食物アレルギーについて

⑴　該当する食物アレルギーと除去方法に☑を入れてください。＊のついている項目は該当する食物名を（）の中に記入してください。
食物アレルギーがない場合は、「食物アレルギーはない」に☑を入れてください。
また、症状をアレルギーごとに［　］の中に記入してください。
※完全除去…製造ラインも除去となります。製造ラインの記載のない食品は対応しかねます。　※原材料に含まれる場合に除去…製造ラインは除去不要となります。
※症状の例…発疹、喉のかゆみ、呼吸困難、くしゃみ、アナフィラキシー等

□	食物アレルギーはない（裏面の項目６へ進んでください。）								
□	鶏卵（生）	□	完全除去	□	原材料に含まれる場合に除去	□	除去不要	□	その他（　　）
			症状［　　］						
□	鶏卵（加熱後）	□	完全除去	□	原材料に含まれる場合に除去	□	除去不要	□	その他（　　）
			症状［　　］						
□	乳・乳製品	□	完全除去	□	原材料に含まれる場合に除去	□	除去不要	□	その他（　　）
			症状［　　］						
□	小麦	□	完全除去	□	原材料に含まれる場合に除去	□	除去不要	□	その他（　　）
			症状［　　］						
□	そば	□	完全除去	□	原材料に含まれる場合に除去	□	除去不要	□	その他（　　）
			症状［　　］						
□	大豆	□	完全除去	□	原材料に含まれる場合に除去	□	除去不要	□	その他（　　）
			症状［　　］						
□	ごま	□	完全除去	□	原材料に含まれる場合に除去	□	除去不要	□	その他（　　）
			症状［　　］						
□	落花生《ピーナッツ》	□	完全除去	□	原材料に含まれる場合に除去	□	除去不要	□	その他（　　）
			症状［　　］						
□	くるみ	□	完全除去	□	原材料に含まれる場合に除去	□	除去不要	□	その他（　　）
			症状［　　］						
□	カシューナッツ	□	完全除去	□	原材料に含まれる場合に除去	□	除去不要	□	その他（　　）
			症状［　　］						
□	ナッツ類　＊（　　）（　　）	□	完全除去	□	原材料に含まれる場合に除去	□	除去不要	□	その他（　　）
			症状［　　］						
□	魚卵＊（　　）（　　）	□	完全除去	□	原材料に含まれる場合に除去	□	除去不要	□	その他（　　）
			症状［　　］						
□	甲殻類＊（　　）（　　）	□	完全除去	□	原材料に含まれる場合に除去	□	除去不要	□	その他（　　）
			症状［　　］						
□	軟体類、　貝類＊（　　）（　　）	□	完全除去	□	原材料に含まれる場合に除去	□	除去不要	□	その他（　　）
			症状［　　］						
□	肉類＊（　　）（　　）	□	完全除去	□	原材料に含まれる場合に除去	□	除去不要	□	その他（　　）
			症状［　　］						
□	果物類＊（　　）（　　）	□	完全除去	□	原材料に含まれる場合に除去	□	除去不要	□	その他（　　）
			症状［　　］						
□	その他１　＊（　　）（　　）	□	完全除去	□	原材料に含まれる場合に除去	□	除去不要	□	その他（　　）
			症状［　　］						
□	その他２　＊（　　）（　　）	□	完全除去	□	原材料に含まれる場合に除去	□	除去不要	□	その他（　　）
			症状［　　］						

⑵　１⑴に記入した食物により、アナフィラキシー（食物依存性運動誘発アナフィラキシーも含む。）を発症したことがある場合、その時期はいつですか。

時期

⑶　緊急時またはアレルギー発生時に備えた薬を処方されていますか？
該当する項目に☑を入れてください。ある場合は処方薬名を具体的に記入してください。

□ エピペン
□ 内服薬　　処方薬名（　　）
□ その他　　処方薬名（　　）
□ 処方されていない
□ 持たせない　　理由（　　）

⑷ 飲食時の除去対応以外に配慮してほしいことがあれば記入してください。該当がない場合は、「なし」と記入してください。
（記入例：触れたら洗い流して、保護者に連絡を入れてほしい。）

⑸ アレルギー症状が現れた場合の対応について記入してください。※緊急性の高い場合は現場の判断が優先となります。
（記入例：水を飲ませる→保護者へ連絡、呼吸が苦しそうな場合：救急車を要請してほしい。）

2 食物以外のアレルギーについて

⑴ 該当するアレルギーに☑を入れてください。＊のついている項目は、該当する名称を具体的に（）の中に記入してください。
また、症状をアレルギーごとに記入してください。

□	ない	
□	喘息	症状［ ］
□	アトピー性皮膚炎	症状［ ］
□	アレルギー性結膜炎	症状［ ］
□	アレルギー性鼻炎《花粉症も含む。》	症状［ ］
□	動物＊（ ）	症状［ ］
□	昆虫＊（ ）	症状［ ］
□	薬品＊（ ）	症状［ ］
□	運動誘発アナフィラキシー	症状［ ］
□	その他１＊（ ）	症状［ ］
□	その他２＊（ ）	症状［ ］

⑵ 2⑴に記入したアレルギーにより、アナフィラキシーを発症した事がありますか？
該当する項目に☑を入れてください。ある場合は時期を記入してください。

□ ある　時期 ＿＿＿＿＿＿　□ ない

⑶ 急性発作時に備えた薬を処方されていますか？
該当する項目に☑を入れてください。ある場合は処方薬名を具体的に記入してください。

□ エピペン
□ 内服薬　処方薬名（ ）
□ その他　処方薬名（ ）
□ 処方されていない
□ 持たせない　理由（ ）

⑷ お子さまをお預かりしている際に用いる薬を処方されていますか？
該当する項目に☑を入れてください。ある場合は処方薬名を具体的に記入してください。

□ ある　処方薬名 ＿＿＿＿＿＿　□ ない

⑸ 配慮してほしいこと、またはアレルギー症状が現れた場合の対応について記入してください。※緊急性の高い場合は現場の判断が優先となります。
（記入例：触れたら洗い流して、保護者へ連絡をいれてほしい。）

3 緊急時連絡先医療機関がありましたら記入してください。（アレルギー症状が出た時に学童クラブから相談をすることがあります。）

医療機関名　　医師名

TEL

※必ずしも記入された病院に搬送される訳ではないことをご了承ください。

職員聞き取り欄（聞き取り日　　年　　月　　日　　職員名　　）