

② 運動により症状を発症したことはありますか。

いいえ

はい → 食事との関係はありますか。 いいえ はい

3 食物アレルギーについてお聞きします。

① 現在、食物アレルギーの治療のために、使用している薬はありますか。

いいえ

はい 内服薬：()

吸入薬：()

外用薬：()

注射薬：()

② 薬の携帯が必要ですか。

いいえ

はい 薬剤名：()

4 保育園での対応についてお聞きします。

お子さんの食物アレルギーについて、給食で心配なことがありますか。また、その他のアレルギーがありましたら、ご記入ください。(ex ラテックス、ハウスダスト、動物等)

記入年月日：平成 年 月 日

保護者署名：_____