

■児童状況チェック表

令和 年 月 日

令和 年度阿武町乳児等通園支援事業
(こども誰でも通園制度)

保護者 住所 阿武町大字

氏名

電話

児童氏名	生年月日
(ふりがな)	令和 年 月 日生

▼児童の状況 ※各項目の □ には✓印を、空白やカッコ内にはその内容を御記入ください。

慢性疾患等	□有 □無	発症年齢	病名	医療機関名	
		経過観察の程度 (完治 ・ 年 回 ・ 月 回)		服薬の有無 □有 (朝 ・ 昼 ・ 夜) □無	
		保育所等での生活を送る上で、特別な配慮を必要としますか。			
		□ 必要なし □ 必要あり ()			
発達の状況	□有 □無	現在、心身に発達の遅れ等について気になることはありますか。			
		具体的な状態 ()			
		相談している医療機関・施設名 ()			
障害者手帳等の有無	□有 □無	身体障害者手帳 () 級、 特別児童扶養手当認定通知書 () 級 愛護 (療育) 手帳 (A ・ B)、 精神障害者保健福祉手帳 () 級			
食物アレルギー	□有 □無	食物アレルギーのある方は、下段「食物アレルギー調査票」に詳細を記入してください。			
その他アレルギー	□有 □無	具体的な状態 ()			

■食物アレルギー調査票

▼受診状況について

かかりつけ医院	病院・小児科
食物アレルギーについて医師に相談していますか？	<input type="checkbox"/> 相談していない <input type="checkbox"/> 相談している → どのような診断・指導がありましたか？ ()
食物アレルギー検査を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> 血液 (IgE抗体等) 検査 (検査年月: 年 月) <input type="checkbox"/> 皮ふテスト (検査年月: 年 月) <input type="checkbox"/> 食物負荷試験 (検査年月: 年 月)
エピペンを処方されていますか？	<input type="checkbox"/> 処方されていない <input type="checkbox"/> 処方されている

▼食物アレルギーの状況について

食材名	初めてアレルギー症状が出た時期	症状の種類	症状が出た部位	アナフィラキシーショックを起こしたことはありますか？	ご家庭での対応状況
	歳 か月頃			ない・ある (歳 か月頃)	完全除去・部分除去
	歳 か月頃			ない・ある (歳 か月頃)	完全除去・部分除去
	歳 か月頃			ない・ある (歳 か月頃)	完全除去・部分除去

※「完全除去」：原因食材を完全に除去する。原因食材が触れた調理器具も使用不可。
「部分除去」：加工品や少量なら摂取する。(生卵は×だが、卵の入ったクッキーは○ 等)

※給食(おやつ含む)の提供については利用前面談時に施設へお尋ねください。