



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：                      年              月              日

保護者署名： \_\_\_\_\_