

食 物 ア レ ル ギ ー 調 査 票

令和 年 月 日

保 護 者 名	TEL — —
児 童 名	☐ 男 児 / ☐ 女 児
生 年 月 日	R 年 月 日生 (歳 カ月)

■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。

