

以下、はい または いいえに○をつけてください

(1) 現在お子さんは何か病気にかかっていますか はい・いいえ

(2) アレルギーはありますか はい・いいえ

※以下、(2)で はい と答えられた方のみお答えください

(3) 以下のアレルギーがありますか

気管支ぜんそく	はい・いいえ
アトピー性皮膚炎	はい・いいえ
アレルギー性結膜炎	はい・いいえ
食物アレルギー	はい・いいえ
アレルギー性鼻炎	はい・いいえ

(4) その他のアレルギーはありますか はい・いいえ

※ある場合は以下に詳細を記入願います

【 】

(5) アレルギーによる通院をしていますか はい・いいえ

※通院をしている場合は以下にその頻度を記載願います

(例) 月に1回 症状が悪化したとき など

【 】

(6) アレルギーのために薬を処方されていますか はい・いいえ

※処方されている場合は以下に①飲み薬か塗り薬か②飲み薬の場合は服薬の頻度③エピペン処方の有無を記入願います

(例) 飲み薬と塗り薬、飲み薬は1日1回夜、エピペンなし など

【 】

(7) 医師から指示された生活上の注意はありますか はい・いいえ

※医師からの指示がある場合、以下に詳細を記入願います

(例) 卵は食べてはいけない・動物を触ってはいけない など

【 】