



名 前	ちゃん(男・女)	I D	
-----	----------	-----	--

1ヶ月以内の体重: _____ kg (※薬の量が変わりますので、出来るだけ正確にご記入ください。)

与薬	そのままのめる	溶かして	()にまぜる	スポイトを使う	
水分	コップ	ストロー	哺乳瓶		
食事	一人で食べる	介助必要			
排泄	トイレ使用	紙オムツ			
睡眠	午睡	なし	あり	午睡時オムツ使用	
	癖等	一人で寝付く	とんとんされて眠れる	抱っこ・おんぶ	
発達	支えなしでお座り	ハイハイ	つかまり立ち	一人で立つ	一人で歩く

好きな遊び、その他癖等

人との関わりや発達面で気になること

食物アレルギー問診

①食物アレルギーについてお答えください。

- ・食物アレルギーはありますか。(あり ・ なし)
- ・アナフィラキシー症状が現れたことがありますか。(あり ・ なし)



食物アレルギー・アナフィラキシーの原因となる食物

(1)	原因食物	()	→	完全除去 ・ 部分除去
	症状	()		
	症状の出た最終年月日	年 月 日		
(2)	原因食物	()	→	完全除去 ・ 部分除去
	症状	()		
	症状の出た最終年月日	年 月 日		

②未摂取の食物についてお答えください。

- ・まだ食べたことのないものがありますか。(あり ・ なし)



卵 ・ 牛乳 ・ 小麦 ・ 米 ・ 鯖 ・ そば ・ その他 ()

同意書

- 午後よりお子様の状態に応じてクリニックでの診察を受けます。(水曜日を除く)
- 薬剤情報提供書またはお薬手帳のとおり保護者に代わって与薬を依頼します。
- 飲み物とオムツに限り、保育中に不足した場合は購入を依頼します。

上記3項目にご同意いただき、署名をお願いします。 _____ 保護者氏名