

必須 No

*	1	<p>現在のお住まい ( ) 区・市・町・村</p>
*	2	<p>(3歳のお子様の) 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女</p>
*	3	<p>(3歳のお子様は) 現在、保育施設等に通園(所)していますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>
*	4	<p><b>【No.3で「はい」の方】</b> 通園先はどちらですか? (併用の場合は主なものを1つ選択) <input type="checkbox"/> 認可保育所 <input type="checkbox"/> 認証保育所 <input type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 上記以外の保育施設 <input type="checkbox"/> 分からない</p>
*	5	<p>お子様は、これまでに、セキこんだり、息が「ゼーゼー」・「ヒューヒュー」するなど、苦しそうな呼吸器の症状が出たことがありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>
*	6	<p><b>【No.5で「はい(症状あり)」の方】</b> その症状は、この1年の間にありましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>
*	7	<p><b>【No.5で「はい(症状あり)」の方】</b> これまでに、その(呼吸器)症状が、2回以上、出たことはありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>
*	8	<p><b>【No.7で「はい」の方】</b> 初めて、その(呼吸器)症状が出た年齢を教えてください。 ( ) 歳 ( ) か月</p>
*	9	<p><b>【No.5で「はい(症状あり)」の方】</b> この1年間の状態について、以下の中から、最も近いものを1つ選択してください。 <input type="checkbox"/> この1年間は、呼吸器症状が全く無かった。 <input type="checkbox"/> 呼吸器症状が、年に数回、季節的にあった。ときに呼吸困難を伴うこともあったが、その時だけ気管支を広げる薬(<math>\beta</math>2刺激薬)を使い、短時間で症状は改善した。 <input type="checkbox"/> 呼吸器症状が、月1回以上、週1回未満あった。ときに呼吸困難を伴うこともあったが、長く続くことはなく、日常生活が障害されることは少なかった。 <input type="checkbox"/> 呼吸器症状が、週1回以上あったが、毎日続くほどではなかった。ときに、その症状により日常生活や睡眠が障害されることがあった。 <input type="checkbox"/> 呼吸器症状が、毎日あった。週に1~2回、その症状により日常生活や睡眠が障害されることがあった。 <input type="checkbox"/> 治療を受けても、呼吸器症状が毎日あり、その状態が続いた。しばしば夜間に時間外受診し、入退院をくり返した。</p>
*	10	<p><b>【No.5で「はい(症状あり)」の方】</b> お子様は、これまでに、医師から「ぜん息・ぜん息性気管支炎・小児ぜん息」と『診断』されたことがありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>
*	11	<p><b>【No.10で「はい(診断あり)」の方】</b> 「ぜん息・ぜん息性気管支炎・小児ぜん息」と診断された年齢を教えてください。 ( ) 歳 ( ) か月</p>
*	12	<p><b>【No.7で「はい(診断あり)」の方】</b> 現在、ぜん息の治療のために、1か月以上の間、毎日使用するよう医師から処方されている薬はありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>

\* 13 【No.12で「はい（ぜん息治療の処方薬あり）の方】  
ぜん息の治療で、1か月以上の間、毎日使用するように医師から処方されている薬をすべて選択してください。  
(複数選択可)

- ロイコトリエン受容体拮抗薬  
(例：オノン®、プランルカスト®、キプレス®、シングレア®、モンテルカスト®)
- 吸入ステロイド薬  
(例：フルタイド®、パルミコート®、ブデソニド®、オルベスコ®、キュバール®、アドエア®、フルティフォーム®等)
- その他吸入薬  
(例：メプチン®、ベネトリン®、サルタノール®)
- 貼り薬 (例：ホクナリンテープ®、ツロブテノールテープ®等)
- その他 ( )

\* 14 お子様は、これまでに食物を食べてアレルギー反応を起こしたことがありますか？  
(ただし、**消化管アレルギー/食物蛋白誘発胃腸症※**を除く。※については別に設問があります。)

※消化管アレルギー（食物蛋白誘発胃腸症）：特定の食物を食べたあと、約2時間から数日後に嘔吐を繰り返す、  
または血便・下痢などの消化器のみの症状を繰り返す疾患（ただし、食中毒や感染症等による胃腸炎、  
乳糖不耐症、食べ過ぎではないもの）。

- はい
- いいえ

\* 15 【No.14で「はい（症状あり）の方】  
その症状は、この1年の間にありましたか？

- はい
- いいえ

\* 16 【No.14で「はい（症状あり）の方】  
その症状が初めて出た年齢を教えてください。  
( ) 歳 ( ) か月

\* 17 【No.14で「はい（症状あり）の方】  
その症状は、どのような症状でしたか？  
あてはまる症状をすべて選択してください。（複数選択可）

- 皮膚の症状（皮膚のかゆみ、赤くなる、じんましん）
- 目の症状（目のかゆみ、充血、まぶたの腫れ）
- 鼻の症状（くしゃみ、鼻水、鼻づまり）
- 口の症状（口や喉のかゆみや違和感、唇の腫れ）
- 消化器の症状（腹痛、吐き気、おう吐、下痢）
- 呼吸器の症状  
(声がかすれる、犬が吠えるような咳、のどや胸が締め付けられる、  
咳、息がしにくい、ゼーゼー・ヒューヒュー)
- ショック症状  
(意識がない、意識もうろう、ぐったり、尿や便を漏らす、脈が触れにくい、唇や爪が青白い)
- その他 ( )

\* 18 【No.14で「はい（症状あり）の方】  
そのアレルギーの症状が出た原因（と思われる）食物は何でしたか？  
あてはまるものをすべて選択してください。（複数選択可）

- |                                     |                              |                                  |                                  |
|-------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 鶏卵         | <input type="checkbox"/> えび  | <input type="checkbox"/> バナナ     | <input type="checkbox"/> 牛肉      |
| <input type="checkbox"/> 乳          | <input type="checkbox"/> かに  | <input type="checkbox"/> りんご     | <input type="checkbox"/> 鶏肉      |
| <input type="checkbox"/> 小麦         | <input type="checkbox"/> いか  | <input type="checkbox"/> 桃（もも）   | <input type="checkbox"/> 豚肉      |
| <input type="checkbox"/> そば         | <input type="checkbox"/> いくら | <input type="checkbox"/> キウイフルーツ | <input type="checkbox"/> やまいも    |
| <input type="checkbox"/> 落花生（ピーナッツ） | <input type="checkbox"/> さけ  | <input type="checkbox"/> オレンジ    | <input type="checkbox"/> あわび     |
| <input type="checkbox"/> くるみ        | <input type="checkbox"/> サバ  |                                  | <input type="checkbox"/> ゼラチン    |
| <input type="checkbox"/> カシューナッツ    | <input type="checkbox"/> ごま  |                                  | <input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| <input type="checkbox"/> アーモンド      | <input type="checkbox"/> 大豆  |                                  |                                  |
| <input type="checkbox"/> マカダミアナッツ   |                              |                                  | <input type="checkbox"/> 不明      |

\* 19 【No.14で「はい（症状あり）の方】  
これまでに、医師から「食物アレルギー」と『診断』されたことがありますか？  
 はい  
 いいえ

\* 20 【No.19で「はい（診断あり）」の方】  
医師から「食物アレルギー」と診断された年齢を教えてください。  
( ) 歳 ( ) か月

\* 21 【No.14で「はい（症状あり）」の方】  
これまでに、「食物経口負荷試験」※を受けたことがありますか？

※食物経口負荷試験：医療機関で医師の監視のもと、アレルギーが確定しているか疑われている食品を  
単回または複数回に分割して摂取させ、症状の有無を確認する検査

- はい → ( ) 回  
 いいえ

\* 22 【No.14で「はい（症状あり）」の方】  
現在、医師の指示※で食物アレルギーの原因食物の制限や除去をしていますか？

(※医師の指示ではなく、保護者の自主的な判断で制限や除去をしているものは除く)

- はい  
 いいえ

\* 23 【No.22で「はい」の方】  
医師の指示で制限や除去をしている食物をすべて選んでください。(複数選択可)

- |                                     |                              |                                  |                                  |
|-------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 鶏卵         | <input type="checkbox"/> えび  | <input type="checkbox"/> バナナ     | <input type="checkbox"/> 牛肉      |
| <input type="checkbox"/> 乳          | <input type="checkbox"/> かに  | <input type="checkbox"/> りんご     | <input type="checkbox"/> 鶏肉      |
| <input type="checkbox"/> 小麦         | <input type="checkbox"/> いか  | <input type="checkbox"/> 桃（もも）   | <input type="checkbox"/> 豚肉      |
| <input type="checkbox"/> そば         | <input type="checkbox"/> いくら | <input type="checkbox"/> キウイフルーツ | <input type="checkbox"/> やまいも    |
| <input type="checkbox"/> 落花生（ピーナッツ） | <input type="checkbox"/> さけ  | <input type="checkbox"/> オレンジ    | <input type="checkbox"/> あわび     |
| <input type="checkbox"/> くるみ        | <input type="checkbox"/> サバ  |                                  | <input type="checkbox"/> ゼラチン    |
| <input type="checkbox"/> カシューナッツ    | <input type="checkbox"/> ごま  |                                  |                                  |
| <input type="checkbox"/> アーモンド      | <input type="checkbox"/> 大豆  |                                  | <input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| <input type="checkbox"/> マカダミアナッツ   |                              |                                  |                                  |

\* 24 お子様は、これまでに「特定の食物を食べたあと、約2時間から数日後に嘔吐を繰り返す、  
または血便・下痢などの消化器のみの症状を繰り返し起こしたこと」はありますか？

(ただし、食中毒や感染症等による胃腸炎、乳糖不耐症、食べ過ぎは除く。)

- はい  
 いいえ

\* 25 【No.24で「はい」の方】  
その症状が出た原因（と思われる）食物は何ですか？ あてはまるものをすべて選択してください。(複数選択可)

- |                             |                                  |
|-----------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 卵黄 | <input type="checkbox"/> 小麦      |
| <input type="checkbox"/> 卵白 | <input type="checkbox"/> 米       |
| <input type="checkbox"/> 乳  | <input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| <input type="checkbox"/> 大豆 | <input type="checkbox"/> 不明      |

\* 26 【No.24で「はい」の方】  
これまでに医師から「消化管アレルギー（または、食物蛋白誘発胃腸症※）」と『診断』されたことがありますか？

※消化管アレルギー（食物蛋白誘発胃腸症）：特定の食物を食べたあと、約2時間から数日後に嘔吐を繰り返す、  
または血便・下痢などの消化器のみの症状を繰り返す疾患（ただし、食中毒や感染症等による胃腸炎、  
乳糖不耐症、食べ過ぎではないもの）。

- はい  
 いいえ

\* 27 【No.24で「はい」の方】  
これまでに、消化管アレルギー（または、食物蛋白誘発胃腸症）に対して「食物経口負荷試験」※を受けたことがありますか？

※食物経口負荷試験：医療機関で医師の監視のもと、アレルギーが確定しているか疑われている食品を  
単回または複数回に分割して摂取させ、症状の有無を確認する検査

- はい → ( ) 回  
 いいえ

\* 28 【No.24で「はい」の方】  
現在、消化管アレルギー（または、食物蛋白誘発胃腸症）に対して、医師の指示※で食物アレルギーの原因食物の  
制限や除去をしていますか？

(※医師の指示ではなく、保護者の自主的な判断で制限や除去をしているものは除く)

- はい  
 いいえ

\* 29 【No.22で「はい」の方】  
現在、消化管アレルギー（または、食物蛋白誘発胃腸症）に対して、医師の指示で制限や除去をしている食物を  
すべて選んでください。(複数選択可)

- |                             |                                  |
|-----------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 卵黄 | <input type="checkbox"/> 小麦      |
| <input type="checkbox"/> 卵白 | <input type="checkbox"/> 米       |
| <input type="checkbox"/> 乳  | <input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| <input type="checkbox"/> 大豆 |                                  |

\* 30 【No.14で「はい（症状あり）」の方、No.24で「はい（症状あり）」の方】  
現在、医師の指示とは別に、自主的な判断で食物アレルギーの原因（と思われる）食物の制限や除去をしていますか？

- はい  
 いいえ

- \* 31 【No.30で「はい」の方】  
 医師の指示とは別に、自主的な判断で制限や除去をしている食物をすべて選んでください。（複数選択可）
- |                                     |                              |                                  |                                 |
|-------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 鶏卵         | <input type="checkbox"/> えび  | <input type="checkbox"/> バナナ     | <input type="checkbox"/> 牛肉     |
| <input type="checkbox"/> 乳          | <input type="checkbox"/> かに  | <input type="checkbox"/> りんご     | <input type="checkbox"/> 鶏肉     |
| <input type="checkbox"/> 小麦         | <input type="checkbox"/> いか  | <input type="checkbox"/> 桃（もも）   | <input type="checkbox"/> 豚肉     |
| <input type="checkbox"/> そば         | <input type="checkbox"/> いくら | <input type="checkbox"/> キウイフルーツ | <input type="checkbox"/> やまいも   |
| <input type="checkbox"/> 落花生（ピーナッツ） | <input type="checkbox"/> さけ  | <input type="checkbox"/> オレンジ    | <input type="checkbox"/> あわび    |
| <input type="checkbox"/> くるみ        | <input type="checkbox"/> サバ  |                                  | <input type="checkbox"/> ゼラチン   |
| <input type="checkbox"/> カシューナッツ    | <input type="checkbox"/> ごま  |                                  |                                 |
| <input type="checkbox"/> アーモンド      | <input type="checkbox"/> 大豆  |                                  | <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| <input type="checkbox"/> マカダミアナッツ   |                              |                                  |                                 |

- \* 32 【No.14で「はい（症状あり）」の方、No.24で「はい（症状あり）」の方】  
 これまでに、ショック症状※を起こしたことがありますか？
- ※ショック症状：意識がない、意識もうろう、ぐったり、尿や便を漏らす、脈が触れにくい、唇や爪が青白い等
- はい ⇒ （ ）回  
 いいえ

- \* 33 【No.19で「はい（診断あり）」の方】  
 現在、アドレナリン自己注射薬（エピペン®）を処方されていますか？
- はい  
 いいえ

- \* 34 【No.14で「はい（症状あり）」の方、No.24で「はい（症状あり）」の方】  
 これまでに、誤食（アレルギー症状を起こす食物を誤って食べた）で、食物アレルギーの症状が出たことはありますか？
- はい  
 いいえ

- \* 35 【No.34で「はい（誤食で症状あり）」の方】  
 誤食（アレルギー症状を起こす食物を誤って食べた）が起きた場所はどちらですか？  
 あてはまるものをすべて選択してください。（複数選択可）
- 自宅  
 親戚、知人宅  
 保育施設  
 外食先（レストラン、ファストフード等）  
 その他（ ）

- \* 36 【No.34で「はい（誤食で症状あり）」の方】  
 これまでに「中食」※で誤食（アレルギー症状を起こす食物を誤って食べた）の経験はありますか？
- ※中食：店舗で調理・加工されたものを、店舗外（家庭など）で食べる形態の食事  
 （例：デリバリー（宅配・出前）、惣菜店、弁当屋、パン屋など）
- はい  
 いいえ

- \* 37 以下の中で、これまでに一度も食べたことがない食品（未摂取）がありますか？  
 あてはまるものをすべて選択してください。（複数選択可）
- |                                     |                              |                                      |                               |
|-------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 鶏卵         | <input type="checkbox"/> えび  | <input type="checkbox"/> バナナ         | <input type="checkbox"/> 牛肉   |
| <input type="checkbox"/> 乳          | <input type="checkbox"/> かに  | <input type="checkbox"/> りんご         | <input type="checkbox"/> 鶏肉   |
| <input type="checkbox"/> 小麦         | <input type="checkbox"/> いか  | <input type="checkbox"/> 桃（もも）       | <input type="checkbox"/> 豚肉   |
| <input type="checkbox"/> そば         | <input type="checkbox"/> いくら | <input type="checkbox"/> キウイフルーツ     | <input type="checkbox"/> やまいも |
| <input type="checkbox"/> 落花生（ピーナッツ） | <input type="checkbox"/> さけ  | <input type="checkbox"/> オレンジ        | <input type="checkbox"/> あわび  |
| <input type="checkbox"/> くるみ        | <input type="checkbox"/> サバ  |                                      | <input type="checkbox"/> ゼラチン |
| <input type="checkbox"/> カシューナッツ    | <input type="checkbox"/> ごま  |                                      |                               |
| <input type="checkbox"/> アーモンド      | <input type="checkbox"/> 大豆  | <input type="checkbox"/> すべて食べたことがある |                               |
| <input type="checkbox"/> マカダミアナッツ   |                              |                                      |                               |

- \* 38 お子様は、これまでに少なくとも6か月以上、出たり消えたりするかゆみを伴った皮疹※がありましたか？  
 （肘の内側、膝の裏側、足首の前面、おしりの下、首や耳・眼のまわり等）
- ※皮疹とは、目に見える何らかの皮膚の変化のこと（例：赤み、ぶつぶつ、かさかさ、ジュクジュク、かさぶた、水ぶくれ等）
- はい  
 いいえ

- \* 39 【No.38で「はい（症状あり）」の方】  
 その症状が初めて起きた年齢を教えてください。
- （ ）歳（ ）か月

- \* 40 【No.38で「はい（症状あり）」の方】  
 その症状は、この1年の間にありましたか？
- はい  
 いいえ

- \* 41 【No.38で「はい（症状あり）」の方】  
 これまでに、医師から「アトピー性皮膚炎」と『診断』されたことがありますか？
- はい  
 いいえ

\* 42 【No.41で「はい（診断あり）」の方】  
「アトピー性皮膚炎」と診断された年齢を教えてください。  
( ) 歳 ( ) か月

\* 43 【No.41で「はい（診断あり）」の方】  
この1か月の間に、アトピー性皮膚炎の治療（外用薬、内服薬等）をしましたか？  
 はい  
 いいえ

\* 44 【No.43で「はい（治療あり）」の方】  
どのような治療をしましたか（していますか）？ あてはまるものをすべて選択してください。（複数選択可）  
 スキンケア（指導・指示を受けて実施）  
 保湿剤  
 ステロイド外用薬（塗り薬）  
 ステロイド以外の外用薬（保湿剤を除く塗り薬）  
例 プロトピック®軟膏、タクロリムス®軟膏、コレクチム®軟膏、モイゼルト®軟膏  
 抗アレルギー薬、抗ヒスタミン薬  
 JAK阻害薬（例：オルミエント®）  
 注射薬（例：デュピクセント®）  
 その他 ( )

\* 45 お子様は、これまで風邪やインフルエンザにかかってない時に、くしゃみや鼻水、鼻づまりの症状が起こったことがありますか？  
 はい  
 いいえ

\* 46 【No.45で「はい（症状あり）」の方】  
その症状は、この1年の間にありましたか？  
 はい  
 いいえ

\* 47 【No.45で「はい（症状あり）」の方】  
これまでに、医師から「アレルギー性鼻炎」と『診断』されたことがありますか？  
 はい  
 いいえ

\* 48 【No.47で「はい（診断あり）」の方】  
医師から「アレルギー性鼻炎」と診断された年齢を教えてください。  
( ) 歳 ( ) か月

\* 49 【No.47で「はい（診断あり）」の方】  
お子様は現在「舌下免疫療法※」の治療を受けていますか？

※舌下免疫療法：アレルゲン免疫療法の一つで、アレルギーの原因物質（アレルゲン）を舌の下に  
少しずつ長期間投与して身体をアレルゲンに慣らし、アレルギー症状を緩和する治療法  
(薬剤名の例：シダキュア®舌下錠、ミティキュア®舌下錠、アシテア®舌下錠)

はい  
 いいえ

\* 50 【No.49で「はい（舌下免疫療法の治療あり）」の方】  
現在治療中の薬を選んでください。  
 シダキュア®舌下錠  
 ミティキュア®舌下錠  
 アシテア®舌下錠

\* 51 お子様は、これまでに眼のかゆみや充血、眼の異物感（ゴロゴロする）、涙や目ヤニが出るなどの症状が長引くことがありましたか？  
 はい  
 いいえ

\* 52 【No.51で「はい（症状あり）」の方】  
その症状は、この1年の間にありましたか？  
 はい  
 いいえ

\* 53 【No.51で「はい（症状あり）」の方】  
これまでに、医師から「アレルギー性結膜炎」と『診断』されたことがありますか？  
 はい  
 いいえ

\* 54 【No.53で「はい（診断あり）」の方】  
医師から「アレルギー性結膜炎」と診断された年齢を教えてください。  
( ) 歳 ( ) か月

55 日頃、「アレルギー」に関する情報は、何から聞いたり把握することが多いですか？

あてはまるものをすべて選択してください。（複数選択可）

- 医療機関、薬局等の医療従事者（医師、看護師、薬剤師、栄養士等）
- 友人・知人・親族
- テレビ・ラジオ（番組、ニュース報道）
- 育児雑誌、書籍
- インターネット検索や配信（SNS、動画配信を含む）
- 行政のホームページ（国や都、区市町村等の行政機関）
- 行政以外のホームページ（医療機関、専門の学会、製薬・食品企業等）
- 保健所、保健センター（乳幼児健診や保健師、栄養士等から）
- 保育施設、幼稚園等の通園施設（保育士、看護師、栄養士等から）
- アレルギーに関する講演会・公開講座
- 患者会、家族会
- 公的機関からの配布物・パンフレット（紙面）
- その他（ ）

\* 56 東京都は、アレルギーに関する総合サイト「東京都アレルギー情報navi.」※を公開していますが、ご存じですか？

※「東京都アレルギー情報navi.」 <https://www.hokeniryu.metro.tokyo.lg.jp/allergy//>

- はい
- いいえ

\* 57 【No.56で「はい」の方】

「東京都アレルギー情報navi.」をどのようにして知りましたか？（複数選択可）

- インターネット検索（偶然見つけた）
- SNS（LINE、X：旧ツイッター、Instagram等）
- 医療機関、かかりつけ医等からの紹介
- 区市町村、保健センター等からの情報
- 保育施設、幼稚園等からの情報
- 講演会等で知った
- その他（ ）

58 「子どものアレルギー」に関して、保育施設や幼稚園等に希望することは何ですか？（複数選択可）

- アレルギー疾患に関する職員の理解と知識・技術の向上
- 相談体制の充実
- アレルギー対応食の提供
- アレルギーの薬の預かり
- その他（ ）
- 特に希望することはない

59 「子どものアレルギー」に関して、医療機関に希望することは何ですか？（複数選択可）

- 病状や薬・治療法などの十分な説明や相談対応
- 夜間、救急対応の充実
- 専門医療機関の増加、専門医の確保
- 医療従事者の知識・技術の向上
- 専門医への紹介等、医療機関同士の連携強化
- その他（ ）
- 特に希望することはない

60 「子どものアレルギー」に関して、行政（都や区市町村）に希望することは何ですか？（複数選択可）

- アレルギー疾患に関する正しい知識や情報の提供
- 医療機関情報の提供・医療提供体制の整備
- 保健・医療・福祉・教育等の関係者に対する知識や理解向上のための取組
- アレルゲン表示など食品に関する対策
- 災害時に備えたアレルギー対応の体制整備（普及啓発、避難所対策、アレルギー対応備蓄等）
- その他（ ）
- 特に希望することはない

\* 61 日頃、災害時の備えとして実施していることがあれば選択してください。（複数選択可）

- ハザードマップや避難場所の確認・把握
- 家族の安否確認の方法や集合場所等を決めている
- 食料・飲料水等の備蓄
- 非常用持ち出し袋（バッグ）の準備
- 家具等の転倒防止対策
- 家族の属性（年齢、性別、構成）や持病等に応じた必要品の準備
- その他（ ）
- 特に実施していない

62 アレルギーに関してお困りのことやご意見等がありましたら記入してください。

（ ）