



食物アレルギーに関する調査票

クラス : 年 組 番 (ふりがな) 児童・生徒名 :
 生 年 月 日 : 年 月 日

※質問に対し、当てはまる事柄を○で囲み、必要事項を記入してください。

アレルギー疾患について	【質問1】 現在治療中のアレルギー疾患がありますか？ ・気管支喘息 ・アレルギー性鼻炎 ・アトピー性皮膚炎 ・アレルギー性結膜炎 ・その他()
	【質問2】 アレルギー症状を引き起こす原因は何ですか？ ・ダニ ・ハウスダスト ・ペットのフケ、毛等 ・花粉 ・カビ ・ハチ毒 ・食品(種類は【質問3】以降) ・ラテックス(天然ゴム) ・金属 ・医薬品() ・その他()

食物アレルギーの原因食品	【質問3】 食物アレルギーを起こす原因食品は何ですか？ 食品名()
	【質問4】 現在除去中の食品はありますか？ いいえ ・ はい → (食品名:)
	【質問5】 上記【質問4】の除去食はどなたが判断しましたか？ 医師 ・ 保護者 ・ その他 ()
	【質問6】 過去に除去食を行っていたが、現在は食べられるようになった食品はありますか？ いいえ ・ はい → (食品名:)
	【質問7】 アレルギー検査を受けたことがありますか？ いいえ ・ はい → 結果 (陽性 食品名:) (最終検査年月: 年 月)

食物アレルギーの症状について	【質問8】 原因食品を摂取後に起こる症状は？																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>食品名</th> <th>症 状(具体的な症状)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	食品名	症 状(具体的な症状)														
	食品名	症 状(具体的な症状)															

(ふりがな)

児童・生徒名: _____

様式1-在裏面

アレルギーの症状	<p>【質問9】運動でアレルギー疾患を起こしたことはありますか？ いいえ・はい → (食事との関係あり・食事との関係なし)</p>
	<p>【質問10】食品によるアナフィラキシーショックの経験がありますか？ いいえ はい → (回数: 回 最後の発症年月: 年 月) (原因:) ■質問10で、はいと答えられた方 ○その時、病院で受診しましたか？ いいえ・はい → (病院名: 処置:)</p>
食物アレルギーの治療について	<p>【質問11】現在アレルギー疾患のために処方され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・その他 ()</p>
	<p>【質問12】学校に携帯を希望する薬はありますか？ いいえ・はい → 内服薬・吸入薬・外用薬・注射薬・その他 () 薬剤名 () ■質問12で、はいと答えられた方 ○携帯を希望する薬は、児童・生徒自身で管理及び使用できますか？ いいえ → 具体的な管理及び使用方法は学校と要相談 はい → 具体的な管理及び使用方法は学校と要相談</p>
給食への対応	<p>【質問13】学校給食に何か配慮が必要とお考えですか？ いいえ はい → 具体的な管理及び使用方法は学校と要相談</p>
運動や課外活動の留意点	<p>【質問14】医師から運動や課外活動・調理実習・宿泊・学校生活等で注意を受けていますか？ いいえ はい → (指導内容)</p>
その他(要望事項・合意事)	

★学校における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本票に記載された内容を教職員全員で共有することに同意します。また、食物アレルギー除去食の実施に当たり、微量混入(コンタミネーション)の可能性があると同意いたします。

保 護 者 署 名 : _____