アレルギー調査

【裏面もご記入ください】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １～４の問いについて、該当する項目の□内に✓を、項目によっては記入欄、（　）内に必要事項をご記入ください。全ての記入が終わりましたら、記入日、児童生徒名、保護者名をご記入ください。**１食物アレルギーについて**問１．食物アレルギーはありますか？　　　□　ない　→裏面にお進みください。□　ある　→問２からすべてお答えください。問２． (ア)原因食物　（イ）どのような症状がでるか（ウ）主治医による食事制限の有無　　の３点について、ご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　(ア)原因食物 | (イ)症状 | (ウ)主治医による食事制限 |
|  |  | 有　・　無 |
|  |  | 有　・　無 |
|  |  | 有　・　無 |
|  |  | 有　・　無 |
|  |  | 有　・　無 |

問３．食物アレルギーに関して、学校における対応（給食、調理実習等の授業、校外学習、泊付き行事での対応）を希望しますか。希望する場合は、対応を希望する食物の名前をご記入ください。※**学校における対応を希望する場合は、主治医記入の学校生活管理指導表の提出が必要**となります。□　希望しない　　　　□　希望する　→　食物名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）問４．アナフィラキシーショックを起こしたことはありますか。□　ない　□　ある　→　　原因食物（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（回数：　　　　回、　最後の発症月日：　　　　年　　　月　　）問５．食後の運動によって食物アレルギーの症状を発症したことはありますか。　　　　□　ない□　ある　→　　（回数：　　　　回、　最後の発症月日：　　　　年　　　月　　）問６．主治医より、エピペン®を処方されていますか。□　ない□　ある　→　　○いくつ処方されていますか（　　　）本　　　　　　　　　　　　　　・保管場所はどこですか。該当する項目全てに✓をつけてください。　　□　家庭　　　　□　保健室　　　　□　本人が携帯　　　　　　　　　　　　　　　　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）問７．食物アレルギーに関して、エピペン®以外で、学校に持参する必要のある薬はありますか。　　　　□　ない　　　　□　ある　→　薬品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 |
| **２薬による食物制限**　問．服用中の薬の効用に影響するため制限している食物はありますか。□　ない　　□　ある　→　　□　グレープフルーツ　　□　納豆　　□　クロレラ　　□青汁　　　　　　　　　□　セイヨウオトギリソウ（セント、ｼﾞｮｰﾝｽﾞ、ワート）を含む食品　　　　　　　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　**３食物以外のアレルギーについて****（花粉、ほこり、ダニ、ゴム、金属、動物、植物、薬など）**問１．食物以外のアレルギーはありますか。□　ない　→４にお進みください。□　ある　→問２からお答えください。　　問２．原因物質とその症状をお書きください。例：原因物質（花粉、ほこり、ダニ、ゴム、金属、動物、植物、薬など）症状（咳・痰の絡み、目のかゆみ・充血、発疹、くしゃみ・鼻水・鼻づまり、薬疹など）　　　　※動物や植物、薬などが原因物質の場合は、動植物名や薬品名などの詳細な情報をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 原因物質 | 症状 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

問３．食物以外のアレルギーにおいて、エピペン®や学校に持参する必要のある薬はありますか。□　ない□　ある　　→　薬品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　**４**その他、何か心配なこと、学校に伝えておきたいこと等がありましたらご記入ください。 |
| 令和　　　年　　月　　日 | 児童生徒名 | 保護者名 |

※すべての項目について、場合によっては、個別に聞き取らせていただくこともございます。