(様式１)

平成　３０年度アレルギー調査

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。

1食物アレルギーについて

問１．食物アレルギーがありますか？（医師から診断されたもの）

□　いいえ　　　→問５からお答えください。
□　はい　　　　→問２からの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．アナフィラキシーショックを起こしたことがありますか。

□　ない
□　ある　→　原因食物（　　　　　　　　　　　　　　　　　）
（回数：　　　回、　最後の発症月日：　　　年　　　月　）

問４．主治医より、エピペン®を処方されていますか。

□　いいえ
□　はい　→　〇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　　□　学校　　□　本人が携帯
□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

問５．ご家庭で制限している食物はありますか？(医師から診断されていないもの)

□　いいえ
□　はい　　　　→下の欄に食物名、制限している理由をご記入ください。

食物名	理由

問６．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　）

【裏面もご記入ください】

問７．食物アレルギー（医師から診断されたもの）、食物制限(医師から診断されていないもの)に関して、エピペン®以外で、学校に持参する必要のある薬がありますか。

□　ない
□　ある　→　薬品名（　　　　　　　　　　　　　　　　）

問８．食物アレルギー（医師から診断されたもの）、食物制限(医師から診断されていないもの)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。

□　しない
□　する　→食物名（　　　　　　　　　　　　　　　　）

※食物アレルギー（医師から診断されたもの）について学校における対応を希望された方は、学校生活管理指導表の提出が必要となります。また、食物制限(医師から診断されていないもの)についても、学校における対応を希望された方は、**相談の上、学校生活管理指導表が必要となる場合がございます**のでご了承ください。

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。

□　いいえ
□　はい　→　□　グレープフルーツ　□　納豆　□　クロレラ　□青汁
□　セイヨウオトギソウ（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

問１．食物以外でアレルギーはありますか。
□　いいえ
□　はい　→問２へ

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．エピペン®や学校に持参する必要のある薬の有無
□　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。
（　　　　　　　　　　　　　　　　）

平成　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。

（様式１）