継続使用

食物アレルギーに関する調査票

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 性別 | 男　・　女 |
| 学校名 |  |  |
| 年度 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 学年 | 小１ | 小２ | 小３ | 小４ | 小５ | 小６ | 中１ | 中２ | 中３ |
| 学級 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 記入日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 保護者印 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 学校名 |  |
| 年度 |  |  |  |  |
| 学年 |  |  |  |  |
| 学級 |  |  |  |  |
| 記入日 |  |  |  |  |
| 保護者印 |  |  |  |  |

＊各質問の該当するところへ〇または必要事項を記入してください。

＊内容変更があった場合は、赤字での訂正と記入をお願いします。

＊「記入日」への記入、「保護者印」欄に押印をしてください。

**質問１．食物アレルギーはありますか。**

（　　）ない　　　　以上で終わりです。

**（　　）ある**

以下の質問にお答えください。

　質問２．食物アレルギーの原因となる食物は何ですか。

　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　質問３．現在、除去している食物はありますか。

　　　　　（　　）ない

　　　　　（　　）ある　食品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　質問４．今までどのような症状がでましたか。

　　　　　（　　）皮膚症状（発赤、痒み、腫脹、蕁麻疹など）

（　　）呼吸器症状（咳込み、息苦しさ、ゼイゼイなど）

（　　）消化器症状（腹痛、下痢・嘔吐など）

（　　）全身症状（ぐったりする、呼びかけに応じないなど）

（　　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（　　）アナフィラキシー

**＊アレルギー反応により強い皮膚、呼吸器、消化器、全身症状が同時に複数**

**おこることを「アナフィラキシー」と言います。**

　質問５．医師よる食物アレルギー、食物除去等の診断・指示がありますか。

　　　　　（　　）医師の診断・指示

診断された年月：

主治医：　　　　　　　　病院：

（変更）

（　　）医師の診断・指示ではなく、保護者の判断で食物除去等を行っている

　　　　　（　　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　質問６．エピペン®を処方されていますか。

　　　　　（　　）いない

何本処方されていますか。（　　　本）

どこに保管していますか。

（　　）家庭保管

（　　）学校保管

（　　）本人携帯（　　　　　　　　　　　　　）

（　　）その他（　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　（　　）いる

　質問７．エピペン®以外でアレルギーに関して持参する必要のある薬はありますか。

　　　　　（　　）ない

　　　　　（　　）ある　　薬品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（　　）医薬品預かり書を提出している

　質問８．学校での食物アレルギーに対する取り組みを希望しますか。

　　　　　（　　）希望しない

　　　　　**（　　）希望する**　**＊主治医指示による「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」を**

**提出してください。**

（　　）給食

　　　（　　）レベル１【詳細な献立表を元に除去して対応】

　　　（　　）レベル２【弁当または一部弁当を持参して対応】

　　　（　　）レベル３【除去食（原因食物を除いて提供）で対応】

（　　）レベル４【代替食（別の食品で補って提供）で対応】

（　　）調理実習

（　　）校外学習、宿泊学習

（　　）その他（　　　　　　　　　　　　　　）

市町村によっては、

できない対応もありますのでご了承ください。

　質問９．その他、心配なことがありましたらご記入ください。