

食物アレルギーに関する調査表

記入日 年 月 日

氏名	(男・女)	保護者名	印
----	-------	------	---

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

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、どのような症状が出ましたか。

- () じんましん () 下痢
() 吐き気
() アナフィラキシーショック
() その他 ()

質問5. 食物を除去しているのは、医師の指示ですか。

- () 医師の指示による
() 医師の指示ではなく、保護者の判断による
() その他 ()

質問6. エピペンを処方されていますか。

- () いない
() いる →

- 何本処方されていますか。() 本)
どこに保管していますか。() 家庭で保管している。
() 学校や園で保管している。
() 本人が携帯している。
() その他

質問7. エピペン以外でアレルギーに関係して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 ()

質問8. 学校での食物アレルギーへの対応を希望しますか。

①給食対応

- () 希望する
() 希望しない

②給食以外の対応 (食物・食材を扱う授業・活動、宿泊を伴う校外活動等)

- () 希望する
() 希望しない

質問9. その他、心配なことがありましたらお書きください。

()

様式1 の記入について

○毎年、入学予定者や全校児童生徒に配布します。入学予定者については、就学時健康診断の際に回収します。

○保護者が記入し、提出します。

○この調査表をもとに対応が必要な児童生徒の保護者には、学校生活管理指導表と食物アレルギー対応調査表を配布します。

※ 学校での対応を希望される場合は、後日面談を実施しますのでご了承ください。