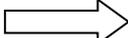


## 食物アレルギーに関する調査表

記入日 年 月 日

ふりがな 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。

( )

※ 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。