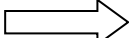


食物アレルギーに関する調査表

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。