

食物アレルギー調査票

学校名		ふりがな 生徒氏名	
学年・組	年 組		
保護者氏名		連絡先	日中連絡がとれる TEL

記入日：令和 年 月 日

1 食物アレルギーの有無について

(1) 食物アレルギーはありますか。

☐ はい

☐ いいえ

└─> 質問2へ

└─> 調査は終了です。以下の記入は不要です。

2 医師の診断について

(1) 食物アレルギーについて医師の診断を受けたことはありますか。

☐ はい

☐ いいえ ➡ 3へ

(2) 医師の最終診断を受けたのはいつですか。

(年 月 歳の時)

(3) 定期的に受診をしていますか。

☐ はい (受診頻度：

) ☐ いいえ

(4) 治療のために医師から処方されている薬はありますか。

☐ はい (薬剤名：

) ☐ いいえ

(5) アドレナリン自己注射 (エピペン®) を処方されていますか。

☐ はい

☐ いいえ

3 食物アレルギーの状況について

(1) 食物アレルギーの原因食物と症状について、記入してください。

例) 牛乳：口内、喉にかゆみが出る 等

原因食物名	症状 (具体的に)	最後の発症年月
		年 月
		年 月
		年 月

(2) 運動で食物アレルギーの症状を発症したことがありますか。

☐ はい ➡ (食事との関連： ある ・ ない) ☐ いいえ

(3) アナフィラキシーショックを起こした経験がありますか。

☐ はい

☐ いいえ

4 家庭での食事の状況について

(1) 家庭の食事はどのように対応していますか。

☐ 完全除去 (原因食物を使用しない)

☐ 本人が除去 (本人が原因食物を食べないようにしている)

☐ 特に配慮をしていない

5 学校での食物アレルギー対応について

☐ 希望する (医師が記載した管理指導表を基に、学校との面談時に対応内容を決定します)

※学校での食物アレルギー対応を希望しても、症状等により対応できない場合もあります。

☐ 希望しない