

食物アレルギーに関する調査票

学校名 _____ 学校 _____

児童生徒氏名 ふりがな _____

保護者氏名 _____

住所 _____

連絡先（電話番号） _____

各質問について、該当する項目に○を記入してください。

問1 現在、食物アレルギーはありますか。

 ない

⇒ 調査終了です。

 過去にあったが現在はなし

⇒ 調査終了です。

 ある

⇒ 「ある」に記入された場合、以下の質問にお答えください。

問2 食物アレルギーの原因食品は何ですか。

〔 _____ 〕

問3 今までどのような症状が出ましたか。（あてはまる項目全てに○をしてください。）

 じんましん、かゆみ、むくみなどの皮膚症状 眼がかゆくなったり、まぶたが腫れたりなど眼の粘膜症状やくしゃみ、鼻汁、鼻がつまる 口の中やのどの違和感やはれ、のどのかゆみ、イガイガ感 腹痛や嘔吐、下痢 のどが締め付けられる感じや呼吸がしづらいなどの呼吸器症状 アナフィラキシーショック※ ⇒原因食品（ _____ ） その他 〔 _____ 〕

問4 現在、家庭で除去している食品はありますか。

 ある 食品名 〔 _____ 〕 ない

問5 食物アレルギーに関して、医療機関を受診していますか。

 定期的に受診している。（1年以内に受診している。） 以前受診したが今は受診していない。最終の受診 〔 _____ 〕歳頃 病院で検査・診断を受けたことはない

問6 アレルギーに関して処方されている薬等がありますか。

 抗ヒスタミン薬 ステロイド 気管支拡張薬 エピペン® その他 〔 _____ 〕 特になし

問7 学校での食物アレルギー対応を希望しますか。

 希望する 希望しない

⇓ 希望する場合は、問8もお答えください。

問8 学校給食での食物アレルギー対応を希望しますか。

（詳細な献立表の配布も含みます）

 希望する 希望しない

※アナフィラキシーショック

皮膚症状と呼吸器症状等、複数の臓器に重症のアレルギー症状が同時に現れる状態を「アナフィラキシー」と呼び、これに、ショック症状（血圧の低下若しくはそれに準ずる状態）を伴うことを「アナフィラキシーショック」といいます。