

\*令和 年 月 日までに〇〇学校へ提出してください。

## 学校における食物アレルギーに関する調査票（保護者記入用）

入学予定 学校名		氏名		男・女
保護者氏名		連絡先	日中連絡がとれるTEL番号	
住所				

※該当する□にチェックを入れ、必要事項をご記入ください。

記入年月日 令和 年 月 日

1 食物アレルギーはありますか。

はい  いいえ ⇒ いいえの方は、以下の記入の必要はありません。

2 給食や食物を扱う行事や授業等での食物アレルギー対応（除去食・代替食・献立や食材一覧の連絡など）は必要ですか。

はい  いいえ

3 食物アレルギーの原因食物は何ですか。

食物名：（ ）

4 食物アレルギーの症状はいつ頃からですか。

年齢：（ ）才頃

5 原因食物を摂取後、どのような症状が起こりますか。

食物名	具体的症状	最後の発症年月
		平成 年 月
		平成 年 月
		令和 年 月
		令和 年 月

6 現在、除去している食べ物はありますか。

いいえ  はい（食物名： ）

7 質問6の除去食は、どなたが判断しましたか。

医師  保護者  その他（ ）

8 過去に除去食を行っていたが、現在は食べられるようになったものはありますか。

いいえ  はい (食物名： )  
(いつ頃から： )

9 アレルギー検査を受けたことがありますか。また、その時の検査結果はどうでしたか。

いいえ  はい (検査年月日： 年 月 日)  
(陽性の食物： )  
(病院名： )

10 運動(汗をかく活動等)で症状を起こしたことはありますか。

いいえ  はい ⇒  食事との関連あり  食事との関連なし

11 アナフィラキシー(呼吸困難・じんましん等)の経験はありますか。

いいえ  はい ⇒ (回数 回 最後の発症年月： 年 月)  
原因(食物・昆虫刺傷・医薬品・天然ゴム・運動・その他 )  
症状(呼吸困難・血圧低下・意識喪失・呼吸停止・その他 )

12 現在アレルギー疾患の治療のために使用している薬はありますか。

いいえ  はい ⇒ (薬の名前： )

13 現在エピペン®を処方されていますか。

いいえ  はい ⇒ (エピペン® 本 使用有効期限 年 月 日)

14 主治医より運動や課外活動(部活動等も含む)について指導や助言を受けていることはありますか。

いいえ  はい ⇒ (指導内容： )

15 その他、学校生活全般での要望事項などがありますか。  はい  いいえ  
はいの方は該当事項にご記入ください。

- (1) 給食に関する要望 ( )  
(2) 学校行事(文化祭バザー等)や授業(家庭科等)に関する要望 ( )  
(3) 宿泊行事等に関する要望 ( )  
(4) その他(学校全般での要望等) ( )

\* 学校での個別の対応が必要な場合は、後日、保護者の方と面談をさせていただきます。  
\* アドレナリン自己注射薬(エピペン®)を処方されている場合は、消防署との申し合わせにより、消防署に情報提供をさせていただきます。ご承知ください。