

食物アレルギーに関する調査票

学 校 名	学校・幼稚園	学年・クラス	年 組
ふりがな 幼児児童生徒氏名		保護者氏名	

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。

- () 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。
 () 過去にあったが現在はない ⇒ 調査終了です。
 () ない ⇒ 調査終了です。

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
 () 眼がかゆい、まぶたが腫れるなどの眼の粘膜症状、くしゃみ、鼻汁、鼻づまり
 () 口の中やのどの違和感や腫れ、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 ()

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。

- () 定期的を受診している(1年以内に受診している)。
 () 以前受診していたが、今は受診していない。 ⇒ 最後の受診 [] 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はありますか。

- () エピペン () 抗ヒスタミン薬 () 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。

- () 希望する () 希望しない