食物アレルギーに関する調査票

別　紙

様式　１　別紙

学校名　　　　　　　　　　　　　　　学校

ふりがな

児童生徒氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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。

（　　）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はありますか。

　　（　　）エピペン®（　　）抗ヒスタミン薬　（　　）その他　〔　　　　　　　〕

　　（　　）特になし

※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。

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