様式３　食物アレルギーに関する調査票

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 下の問いについて、該当する項目の□内に✓を、項目によっては（　）内に必要事項をご記入  ください。  問１．食物アレルギーはありますか。  □　いいえ  □　はい【医師の診断：□　有・□　無】  問２．食後、以下のような症状が出たことがありますか。  ある場合、該当する項目全てに✓をつけてください。  □　ない  □　ある　　→　　□　じんましん、あかみ、かゆみ　　□　唇やまぶた等の顔面の腫れ  □　腹痛　　　□　嘔吐・下痢　　　□　鼻水、鼻づまり、せき  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  問３．運動で症状を発症したことはありますか。  □　ない  □　ある　　→　　□　食事との関連あり  □　食事との関連なし  問４．現在、除去している食物はありますか。（診断の有無に関わらず）  □　ない（→質問は以上です）  □　ある　　→　　食物名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ある場合→以下の質問にお答えください  問５．アナフィラキシーおよびアナフィラキシーショック（以下のような症状）を起こしたことがありますか。  □　ない  □　ある　　→　　（回数：　　　　回、　最後の発症年月：　　　　年　　　月　　）  →　□　ぐったり、意識もうろう、尿や便をもらす、  脈がふれにくいまたは不規則、唇や爪が青白い  □　のどや胸が締め付けられる、声がかすれる、犬が吠えるような咳、  息がしにくい、持続する強い咳き込み、ゼーゼーする呼吸  □　持続する強い（がまんできない）お腹の痛み、繰り返し吐き続ける  問６．エピペン®を処方されていますか。  □　いいえ  □　はい　　→　　いくつ処方されていますか（　　　）本  →　　これまでの保管場所はどこですか。  □　本人が携帯　　□　学校　　□　その他（　　　　　　　　　　）  問７．エピペン®以外で、食物アレルギーに関して、学校に持参する必要のある薬がありますか。  □　ない  □　ある　　→　　薬品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  問８．エピペン®や持参薬について、児童生徒等自身で管理及び使用ができますか。  □　いいえ  □　はい  問９．学校における食物アレルギー対応を希望しますか。（調理実習や校外学習等を含む）  □　しない  □　する  問10．その他、何か心配なこと、学校に伝えておきたいこと等がありましたらご記入ください。  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 令和　　年　　月　　日 | 児童生徒等名 | 保護者名 |