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