|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 幼稚園・保育園名 |  | 児童・生徒氏名 |  | 男・女 |
| 学校名 |  | 保護者名 |  |

 **食物アレルギーに関する調査票（保護者記入用）**

様式２表

※　ここ1年間の期間で該当する□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　食物アレルギーの症状はいつ頃からですか。 （　　　　　　　　）才頃

３　給食や食品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

４　食物アレルギーの原因食物は何ですか。

食物名：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

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 | 症状 | 具体的症状を記入 |
|  | □不明 | （最後の発症年月日：　　　　　　　　） |
|  | □不明 | （最後の発症年月日：　　　　　　　　） |
|  | □不明 | （最後の発症年月日：　　　　　　　　） |
|  | □不明 | （最後の発症年月日：　　　　　　　　） |
|  | □不明 | （最後の発症年月日：　　　　　　　　） |

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　上記質問６の除去食はどなたが判断しましたか。

様式２裏

□　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　（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　アナフィラキシーショックの経験はありますか。

□　いいえ　　　□　はい　　⇒　（回数　　　　　回　原因等：　　　　　　　　　　　　　　　）

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　保管場所：　　　　　　　　　　　　　）

14　主治医より運動や課外活動（部活動等も含む）休み時間等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はありますか。　　・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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

2019年9月改訂