食物アレルギーに関する調査票



保護者の方々にお願い

この調査は、お子さんの食物アレルギーの状況を正確に把握し、日常生活への配慮や給食指導などの参考とするものです。保護者の方の正確なご記入をお願いします。

ふりがな		男				
氏 名	性別	女女	平成	年	月	日生

学校名									
学年	小1年	小2年	小3年	小4年	小5年	小6年	中1年	中2年	中3年
組									
番号									

☆このカードは、9年間使いますので、汚したりなくしたりしないように、大切に取り扱いましょう。

	-m * +b *	.1. 4 4=	.l. 0 &	.l. 0 &	.l. 4 &=	.l. 5 &	.h.c.⁄=	+4 #	+04	+ 2 =
	調査内容	小1年	小2年	小3年	小4年	小5年	小6年	中1年	中2年	中3年
	対象年度	年度 は い	年度 は い	年度 は い	年度 は い	年度 は い	年度 は い	年度 は い	年度 はい	年度 はい
1	現在、食物アレルギー がありますか	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ
*	はいと回答した方	は次の 2	以降にも	ご回答く	ださい。し	ハいえと[回答したプ	うは調査約	冬了となり	リます。
	現在、除去中の食物は	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
	ありますか	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ
2	「はい」の場合、食物名									
	除去食は、どなたが判 断しましたか	医師	医師	医師	医師	医師	医師	医師	医師	医師
3	H 0 0 0 7 C N	保護者 その他	保護者 その他	保護者 その他	保護者 その他	保護者 その他	保護者 その他	保護者 その他	保護者 その他	保護者 その他
)		()	()	()	()	()	()	()	()	()
	過去に除去食を行って いたが、現在は食べら	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
	れるようになった食物はありますか	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ
4	「はい」の場合、食物名									
	アレルギー検査を受け たことはありますか	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
	「はい」の場合、結果	いいえ 陽性	いいえ 陽性	いいえ 	いいえ 	いいえ 陽性	いいえ 陽性	いいえ 陽性	いいえ 陽性	いいえ 陽性
5		陰性	陰性	陰性	陰性	陰性	陰性	陰性	陰性	陰性
	「陽性」の場合、原因 物質名									
	運動によりアレルギー 症状を発症したことは	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
	ありますか	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ
6	「はい」の場合、食事 との関連はありますか	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
	この民産はのうようが	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ
	関係した食物名									
	アナフィラキシー ショックの経験はあり	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
	ますか	いいえ 過去1年間	いいえ 過去1年間	いいえ 過去1年間	いいえ 過去1年間	いいえ 過去1年間	いいえ 過去1年間	いいえ 過去1年間	いいえ 過去1年間	いいえ 過去1年間
	「はい」の場合、記入 してください。 *アナフィラキシー		⑩去1年间 の回数 回	⑩去1年间 の回数 回	⑩去1年间 の回数 回	- 回去1年间 の回数 回	回去1年间 の回数 回	の回数回	の回数回	回去1年间 の回数 回
7	ショック 何らかの原因 (食事・運動・昆虫・医 薬品等)による 呼吸困	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	最後の発症 年 月
	難、意識障害などのアレ ルギーショック	原因	原因	原因	原因	原因	原因	原因	原因	原因
		14 11	14 11	14 1 \	14 11	14 1 \	14 1 \	14 11	14 1 1	14 1 1
	エピペンを持っていますか	は い いいえ	はいいえ	は い いいえ	は い いいえ	はいいえ	はいいえ	はいいえ	はいいた	はいいえ
		v 'v 'ん	v 'v '⁄~	v 'v '⁄~	v 'v '⁄_	v 'v '⁄~	v ·v · ⁄~	۷.۸.۲	۷٬۷٬۸	۷٬۷٬۸

										氏	名							
	調	査	内	容	小	1年	小2年	小3年	小4年	小	5年	小6年	中	1年	中2年	中3年		
			年度			年度	年度	年度	年度		年度	年度		年度	年度	年度		
				ヽて「除 「代替	は	V	はい	はい	はい	は	٧٧	はい	は	\ \	はい	はい		
				ナか※		ハえ	いいえ	いいえ	いいえ		ハえ	いいえ		いえ	いいえ	いいえ		
		LL ⁻	ひまてくれ	易合、	食物	名:	食物名:	食物名:	食物名:	食物	名:	食物名:	食物	名:	食物名:	食物名:		
			食」と	とは、 ら原因食	対応		対応:	対応:		対応			対応		対応:	対応:		
	物を	取り		こもの		去食 替食	除去食 代替食	除去食 代替食	除去食 代替食	除記代	去食 失食	除去食 代替食		去食 替食	除去食 代替食	除去食 代替食		
8		常た		とく違う	1 4	了及	八百及	八百及	八百及	174	了及	八百尺	14	首及		八百尺		
			西口4	\$ 44m ∠ > 4	発症		発症時の	発症時の	発症時の	発症	•	発症時の		時の	発症時の	発症時の		
	る場 りな	場合等 い場	、記え 合は目	食物があ 人欄がた 留意点記 てくださ	延状	:	症状:	症状:	症状:	症状	:	症状:	症状	:	症状:	症状:		
		記入		大 中祖之	学校)	ァ記憶	こしてほしい	、ァレ かじ		かかりつけの医療機関名								
(K)廷(-p()					、してはしv らだけ詳し		ください)									
											電話番号							
													主	台医				
												祭	《急)	車絡	先			
										氏名	:				(続柄:)		
										職場	:				(名称:)		
										自宅: 携帯:								
										氏名: (続柄:)			
										職場	:				(名称:)		
										自宅	:		携帯	÷:				

※質問8の「学校給食において「除去食」または「代替食」が必要ですか」の質問に対し「はい」と回答があった場合は、医師が記入した【学校生活管理指導表】の提出が必要です。