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		性別	男 女	平成　　年　　月　　日生
氏　名				

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。

調　査　内　容 対象年度		小１年 年度	小２年 年度	小３年 年度	小４年 年度	小５年 年度	小６年 年度	中１年 年度	中２年 年度	中３年 年度
1	現在、食物アレルギーがありますか	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い 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。いいえと回答した方は調査終了となります。										
2	現在、除去中の食物はありますか	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ
	「はい」の場合、食物名									
3	除去食は、どなたが判断しましたか	医師 保護者 その他 (　　)	医師 保護者 その他 (　　)	医師 保護者 その他 (　　)	医師 保護者 その他 (　　)	医師 保護者 その他 (　　)	医師 保護者 その他 (　　)	医師 保護者 その他 (　　)	医師 保護者 その他 (　　)	医師 保護者 その他 (　　)
4	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食物はありますか	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ
	「はい」の場合、食物名									
5	アレルギー検査を受けたことはありますか	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ
	「はい」の場合、結果	陽性 陰性	陽性 陰性	陽性 陰性	陽性 陰性	陽性 陰性	陽性 陰性	陽性 陰性	陽性 陰性	陽性 陰性
	「陽性」の場合、原因物質名									
6	運動によりアレルギー症状を発症したことはありますか	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ
	「はい」の場合、食事との関連はありますか	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ
	関係した食物名									
7	アナフィラキシーショックの経験はありますか	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ
	「はい」の場合、記入してください。 ＊アナフィラキシーショック　何らかの原因(食事・運動・昆虫・医薬品等)による、呼吸困難、意識障害などのアレルギーショック	過去1年間の回数　回 最後の発症　年　月 原因	過去1年間の回数　回 最後の発症　年　月 原因	過去1年間の回数　回 最後の発症　年　月 原因	過去1年間の回数　回 最後の発症　年　月 原因	過去1年間の回数　回 最後の発症　年　月 原因	過去1年間の回数　回 最後の発症　年　月 原因	過去1年間の回数　回 最後の発症　年　月 原因	過去1年間の回数　回 最後の発症　年　月 原因	過去1年間の回数　回 最後の発症　年　月 原因
	エピペンを持っていますか	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ

氏　名	

調　査　内　容 対象年度		小１年 年度	小２年 年度	小３年 年度	小４年 年度	小５年 年度	小６年 年度	中１年 年度	中２年 年度	中３年 年度
8	学校給食において「除去食」または「代替食」が必要ですか※	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ	は　い いいえ
	「はい」の場合、記入してください。 ※「除去食」とは、通常ﾒﾆｭｰから原因食物を取り除いたもの ※「代替食」とは、通常ﾒﾆｭｰと全く違うもの ※複数の原因食物がある場合等、記入欄がたりない場合は留意点記入欄へ記入してください	食物名： 対応： 除去食 代替食 発症時の症状：	食物名： 対応： 除去食 代替食 発症時の症状：	食物名： 対応： 除去食 代替食 発症時の症状：	食物名： 対応： 除去食 代替食 発症時の症状：	食物名： 対応： 除去食 代替食 発症時の症状：	食物名： 対応： 除去食 代替食 発症時の症状：	食物名： 対応： 除去食 代替食 発症時の症状：	食物名： 対応： 除去食 代替食 発症時の症状：	食物名： 対応： 除去食 代替食 発症時の症状：

留意点記入
（家庭における対応状況や学校に配慮してほしいことなど
お子さんについてできるだけ詳しく記入してください）

かかりつけの医療機関名	
電話番号	
主治医	
緊急連絡先	
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。