

## 食物アレルギーに関する調査票

学校名 \_\_\_\_\_ 学校 \_\_\_\_\_

児童生徒氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

連絡先（電話番号） \_\_\_\_\_

各質問について、該当する項目に○を記入してください。

問1 現在、食物アレルギーはありますか。

- ( ) ある                      ⇨ 「ある」に記入された場合、以下の質問にお答えください。
- ( ) 過去にあったが現在は無い    ⇨ 調査終了です。
- ( ) ない                              ⇨ 調査終了です。

問2 食物アレルギーの原因食品は何ですか。

[ \_\_\_\_\_ ]

問3 今までどのような症状が出ましたか。（あてはまる項目全てに○をしてください。）

- ( ) じんましん、かゆみ、むくみなどの皮膚症状
- ( ) 眼がかゆくなったり、まぶたが腫れたりなど眼の粘膜症状やくしゃみ、鼻汁、鼻がつまる
- ( ) 口の中やのどの違和感やはれ、のどのかゆみ、イガイガ感
- ( ) 腹痛や嘔吐、下痢
- ( ) のどが締め付けられる感じや呼吸がしづらいなどの呼吸器症状
- ( ) アナフィラキシーショック※    ⇨ 原因食品 ( \_\_\_\_\_ )
- ( ) その他 [ \_\_\_\_\_ ]

問4 現在、家庭で除去している食品はありますか。

- ( ) ある    食品名 [ \_\_\_\_\_ ]
- ( ) ない

問5 食物アレルギーに関して、医療機関を受診していますか。

- ( ) 定期的に受診している。（1年以内に受診している。）
- ( ) 以前受診したが今は受診していない。最終の受診 [ \_\_\_\_\_ ] 歳頃
- ( ) 病院で検査・診断を受けたことはない

問6 アレルギーに関して処方されている薬等がありますか。

- ( ) エピペン®    ( ) 抗ヒスタミン薬    ( ) その他 [ \_\_\_\_\_ ]
- ( ) 特になし

問7 学校での食物アレルギー対応を希望しますか。

- ( ) 希望する    ( ) 希望しない
- ⇩ 希望する場合は、問8もお答えください。

問8 学校給食での食物アレルギー対応を希望しますか。

- ( ) 希望する    ( ) 希望しない

## ※アナフィラキシーショック

皮膚症状と呼吸器症状等、複数の臓器に重症のアレルギー症状が同時に現れる状態を「アナフィラキシー」と呼び、これに、ショック症状（血圧の低下若しくはそれに準ずる状態）を伴うことを「アナフィラキシーショック」といいます。