記入日：　　　　年　　月　　日

**食物アレルギーに関する調査票**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学校名 |  | 学年・組 | 年　　　　組 |
| 氏名 | ふりがな | 保護者名 | ふりがな |
|  |  |

※以下の各質問に関して、該当するものに○印をつけ、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？

　　　あり　　・　　なし　　（→　以上で質問は終了です）

問2.　食物アレルギーにより、どのような症状が出ますか？

　　　発疹　　・　　蕁麻疹　　・　　かゆみ　　・　　息苦しさ　　・　　せき　　・　　失神

　　　頭痛　　・　　腹痛　　　・　　おう吐　　・　　下痢　　　　・　　意識朦朧

　　　アナフィラキシー　　　　・　　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

問3.　アレルギーの原因となる食物をご記入ください。

　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

問4.　現在、除去している食物があれば、食品名をご記入ください。

　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

問5.　食物アレルギーと診断された医療機関と年月日をご記入ください。

　　　診断日：（　　　　　年　　月　　日）　医療機関／主治医：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

問6.　問4の食物除去は、問5と同じ医療機関／主治医の指示によるものですか？

はい　　・　　いいえ　　→　　保護者の判断　　・　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）

問7.　食物アレルギーに関して、処方されている薬があればご記入ください。

　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

問8.　問7の薬のうち、学校で服用する必要があるものをご記入ください。

　　　薬名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　保管場所（　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　※保管場所が学校の場合は、医薬品預り書の提出が必要です。

問9.　学校給食におけるアレルゲン除去食を希望しますか？

はい　　・　　いいえ