|  |
| --- |
| **食物アレルギーに関する調査票** |

**※該当に○、または必要事項をご記入ください**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. 食物アレルギーの有無** | あり　　　／　　　なし |

**※「なし」の場合、以上で調査は終了です**

|  |  |
| --- | --- |
| **2. アレルゲンとなる食物** |  |
| **3. アレルギー症状** | **※過去にあった症状に○印**  発疹　／　かゆみ　／　せき　／　腹痛　／　おう吐　／　下痢　／　頭痛／　意識朦朧　／　ぐったり　／　アナフィラキシー　／  その他　（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **4. 医師の診断** | ・食物アレルギーと診断された日  （　　　　　年　　月　　日）  ・医療機関名称  （　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・主治医  （　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **5. 現在除去している食物** |  |
| **6. 上記を除去している理由** | 医師の指示　／　保護者の判断　／  その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **7. 処方薬の有無** | あり　　　／　　　なし  　　　　　↓**薬の名称を記入**  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **8. 学校で服用する薬** | あり　　　／　　　なし  　　　　　↓  薬　　名：（　　　　　　　　　　　　　）  保管場所：（　　　　　　　　　　　　　）  服用方法：（　　　　　　　　　　　　　）  服用時間：（　　　　　　　　　　　　　） |
| **9. アレルゲン除去食の希望** | あり　　　／　　　なし  その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **10. 連絡事項・その他** | **※その他心配なことや学校に伝えておきたいことなどがあれば自由にご記入ください。** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **学校名：** |  | **学年・組：** | 年　　組 |
| **氏　名：** | ふりがな | **保 護 者：** | ふりがな |
|  |  |

記入日：　　　　　年　　月　　日