

令和 年 月 日

食物アレルギーに関する個別調査票（保護者記入用）

児童氏名 _____

保護者氏名 _____ (印)

◇現在食物アレルギーはありますか？

ない ある

*****これ以降の項目は“ある”と回答した方のみ、ご記入ください。*****

◇食物アレルギーがある場合、給食での対応を希望しますか？

しない する

◇食物アレルギー原因食物

問1 原因食物名 (.....)

*最初に症状が出た時期・年齢 (..... 歳 ヶ月頃)

*最近症状が出た時期・年齢 (..... 歳 ヶ月頃)

問2 現在除去中の食物の有無

ない ある → (食物名.....)

問3 問2で“ある”場合、誰が除去の判断をしましたか？

医師 保護者 その他 (.....)

問4 過去におこなっていた除去で、現在は食べられるようになった食物

ない ある → (食物名.....)

◇食物アレルギーの症状について

問5 原因食物摂取後に出る症状

原因食物名	症 状 等
	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある (症状.....)
	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある (症状.....)
	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある (症状.....)

※裏へ続きます

問6 運動後に症状が出たこと

ない ある → (食事との関連あり 食事との関連なし)

問7 アナフィラキシーショックの既往の有無

ない ある → (回数.....回、最終発症年月.....年.....月)

◇食物アレルギーの治療薬

問8 現在、アレルギー疾患治療のために使用している薬（緊急薬を含む）

ない ある

内服薬		
吸入薬		
外用薬		
注射薬		
その他		

※施設に携帯を希望の場合は○↑

問9 児童自身で管理できますか

はい いいえ → 具体的な管理方法等学校と要相談 はい

◇主治医からの指導や注意

問10 主治医からの運動などの日常生活の中での行動について、注意を受けていること

ない ある → (指導内容.....)