

食物アレルギーに関する調査票（保護者記入用）

年 組 番 氏名

1 何か食物アレルギーがありますか。

ある（原因食物： ） ない

※ 「ある」と答えられた方は電話連絡先をご記入ください。

連絡先（ ）

2 1で「ある」と答えた人は、学校に配慮や管理等対応が必要ですか。

はい いいえ

※1で「ある」と答えた人は、下記の質問に教えてください。

【該当するところにチェックまたは記入をしてください。】

*食物アレルギー・症状について

問1. 原因食物名と症状、症状が最初にあった年月と最後にあった年月をご記入ください。

食物名	症 状	症状年月
	<input type="checkbox"/> ある↓ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明 (症状：)	初発 年 月 最終 年 月
	<input type="checkbox"/> ある↓ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明 (症状：)	初発 年 月 最終 年 月
	<input type="checkbox"/> ある↓ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明 (症状：)	初発 年 月 最終 年 月

問2. 現在除去中の食べ物がありますか。

 ない ある→（食物名： ）

問3. 問2で“ある”と答えた場合、誰が除去の判断をしましたか。

 医師 保護者 その他（ ）

問4. 除去を過去におこなっていたが、現在は食べられるようになった食物がありますか。

 ない ある→（食物名： ）

問5. 学校生活の中でどのような対応を希望しますか。（複数選択可）

<給食> 詳細な献立表必要 除去食・代替食希望 ※現在、対応不可 弁当もしくは代替食持参 その他（ ）<その他> 事前の情報提供必要 除去食・代替食希望 ※現在、対応不可 弁当もしくは代替食持参 その他（ ）

問6. 運動後に症状が出たことがありますか。

 ない 食事との関連あり ある → 食事との関連なし

症状詳細：（ ）

問7. (1) 今まで出た症状について、当てはまるものすべてにチェックと（ ）内は○を記入してください。

 じんましん 顔や目の周りの赤み、腫れ □やのどのかゆみ 舌や唇の腫れ 声がかすれる 呼吸（しにくい・ゼーゼーする）

