

# 食物アレルギーに関する調査票

年 組 名前： \_\_\_\_\_  
 記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 記入者： \_\_\_\_\_

## I 食物アレルギーについて

### 1 発症について

- (1) 最初に、症状が出た時期・年齢 ( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月頃)  
 原因食品 ( \_\_\_\_\_ )
- (2) 最近、症状が出た時期・年齢 ( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月頃)  
 原因食品 ( \_\_\_\_\_ )

### 2 現在、除去をしている食べ物がありますか

ない → 質問は以上です                       ある → 以下についてもご記入ください

除去が必要な食品	除去の程度	除去の判断をした人
	完全除去 : <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 微量の混入 : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 製造ラインが同じ : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 加工品の摂取 : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 本人判断で取り除き : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
	完全除去 : <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 微量の混入 : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 製造ラインが同じ : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 加工品の摂取 : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 本人判断で取り除き : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
	完全除去 : <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 微量の混入 : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 製造ラインが同じ : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 加工品の摂取 : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 本人判断で取り除き : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )

### 3 過去に除去をしていたが、現在は食べられるようになった食べ物がありますか

ない                       ある (食べ物名: \_\_\_\_\_)

## II 食物アレルギーの具体的な症状について

### 1 今まででた症状について、当てはまるもの全てにチェックを入れてください

- 顔や目の周りの赤み、腫れ       のどや口のかゆみ       唇や舌の腫れ  
 声がかすれる       ぜん息       腹痛       嘔吐       下痢  
 アナフィラキシー症状       その他 ( \_\_\_\_\_ )

※アナフィラキシー症状の経験がある場合にお答えください。

(回数: \_\_\_\_\_ 回、最終発症年月: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月、原因: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_)

※「エピペン®」を処方されている場合にお答えください。

- ・今までに「エピペン®」を使用した回数: \_\_\_\_\_ 回
- ・最後に「エピペン®」を使用した時の状況  
 (最終使用日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 注射した人: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_)

2 原因食品摂取後にでる症状について記入してください

食品名	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： ）
	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある（症状： ）

3 運動後に症状がでたことがありますか

ない ある（ 食事との関連あり 食事との関連なし 不明 ）

Ⅲ 現在、食物アレルギーの治療のために使用している薬はありますか

ない ある→下の項目について記入してください

①

薬品名	作用	服用時間・服用回数

②学校に薬品の携帯を希望しますか

希望しない

希望する（薬品名： ）

③お子様が自分で薬の管理ができますか ※原則、自己管理となります

管理できる

管理できない ※学校で預かる場合は、様式6「医療用医薬品預かり書」の提出が必要です

Ⅳ 学校給食において食物アレルギーによる個別対応を希望しますか

希望しない → 給食に出ないため、除去するものはない

本人の判断で取り除く ※本人の判断で取り除けるようにご家庭で指導をお願いします

希望する 個別対応を希望される場合は、学校生活管理指導表が必要となります

以下、複数ある場合は、全てにチェックしてください

→ 詳細な献立表の配布を希望する

※給食の原材料を詳細に記した献立表を配布します

事前に、喫食しない献立の判断は家庭で行い、学校はその指示により毎日の喫食メニューの管理を行います

牛乳・パンの停止を希望する

（停止する食品：牛乳 パン）

※牛乳を停止する場合は、乳が含まれる献立は食べられません

パンを停止する場合は、小麦が含まれる献立は食べられません

給食を完全停止し、弁当を持参する

食べられない献立に対して、一部弁当を持参する

Ⅴ お子様の食物アレルギーについて、心配なことがありましたらご記入ください