**様式１**

食物アレルギーに関する調査表

保　護　者　氏　名

性　別

氏　　　名

男・女

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 園の名前学年・組 | 記入日 | 保護者印 |
| 　　　幼稚園　　　保育所 |  |  |
| 　 １年　 組 |  |  |
|  ２年　 組 |  |  |
| 　 ３年　 組 |  |  |
| 　 ４年　 組 |  |  |
|  ５年　 組 |  |  |
| 　 ６年　 組 |  |  |

質問１．食物アレルギーはありますか。

　（　　　）ない　　　　　以上で終わりです。

　（　　　）ある

以下の質問にお答えください。

質問２．食物アレルギーの原因となる食物は何ですか。

　　　（　　　　　　　　　　　　　　）

質問３．現在、除去している食物はありますか。

　　（　　）ない
（　　）ある　食品名（　　　　　　　　　）

質問４．今まで、どのような症状が出ましたか。

　　（　　）じんましん　　（　　）下痢　　（　　）吐き気

　　（　　）アナフィラキシーショック

　　（　　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

質問５．食物を除去しているのは、医師の指示ですか。

　　（　　）医師の指示による

　　（　　）医師の指示ではなく、保護者の判断による

　　（　　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

質問６．エピペン®を処方されていますか。

何本処方されていますか。（ 　　本 ）

どこに保管していますか。（　　 ）家庭に保管している

　　　　　　　　　　　 （　　）園や学校に保管している

　　　　　　　　　　　　（　　）本人が携帯している

　　　　　　　　　　　　（　　）その他

　　　（　　）いない

（　　）いる　　→

質問７．エピペン®以外で、アレルギーに関係して学校に持参する必要のある薬がありますか。

　　（　　）ない

　　（　　）ある　　薬品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

質問８．学校での食物アレルギーに対する取組を希望しますか。

　　（　　）希望しない

　　（　　）希望する

質問９．その他、心配なことがありましたらお書きください。

　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

－１６－