


食物アレルギーに関する調査表

様式 1

氏 名	性 別
	男・女

保 護 者 氏 名

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。

- いない
 いる →

何本処方されていますか。 <input type="text"/> 本)
どこに保管していますか。 <input type="checkbox"/> 家庭に保管している
<input type="checkbox"/> 園や学校に保管している
<input type="checkbox"/> 本人が携帯している
<input type="checkbox"/> その他

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。

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		