

アレルギー調査票

記入日：令和 年 月 日

ふりがな

年 組 番 児童生徒氏名

保護者氏名

1 お子さんにはアレルギーがありますか（医師の診断結果によるもの）。

☐ な し → 調査終了です。

☐ あ り : ☐ 食物アレルギー ☐ アナフィラキシー ☐ 気管支ぜん息
☐ アトピー性皮膚炎 ☐ アレルギー性結膜炎 ☐ アレルギー性鼻炎
☐ その他（ ）

→ 「あり」の場合、次の質問にお進みください。

2 アレルギー症状を起こす原因物質は何ですか。また、具体的な症状を教えてください（運動後に症状がある場合はその旨御記入ください。）。

どちらかに○	原因物質名	症状（顔の腫れ、口・のどのかゆみ、舌・唇の腫れ、腹痛、嘔吐、下痢、アナフィラキシー症状等）
食物・食物以外		
食物・食物以外		
食物・食物以外		
食物・食物以外		
食物・食物以外		

3 運動によりアレルギー症状を発症したことはありますか。

☐ な し☐ あ り : 食事との関連 ☐ なし ☐ 不明 ☐ あり（原因食物名 ）

4 アナフィラキシー又はアナフィラキシーショックの経験はありますか。

☐ な し☐ あ り : 回数 回、最終発症日 年 月 日

5 処方薬等がありますか。

☐ な し

☐ あ り : ☐ アドレナリン自己注射薬（エピペン®）
☐ 内服薬（ ）
☐ その他（ ）

6 学校におけるアレルギー対応を希望しますか。

☐ 希望しない

☐ 希望する → 希望する場合、学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）の提出をお願いしています。該当者には、後日用紙を配付します。

7 その他、アレルギー対応に係り学校に知らせたほうがよいと思われることがあれば御記入ください。

8 学校における食物アレルギー対応を希望する場合、緊急連絡先を御記入ください。

	氏名	続柄	電話番号		特記事項 (勤務先名称等)
			自宅	携帯	
1					
2					
3					

学校における食物アレルギー対応や緊急時及び災害時の対応のため、本調査票の内容や食物アレルギー対応に係る関係書類（個別支援プラン、緊急時の連携に係る消防機関あて情報提供文書等）について全職員で共有し、関係する機関や支援団体において、必要な限度で利用することに同意します。

保護者署名