**●●年度　食物アレルギーに関する調査票**

**様式　１**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学校名 | |  | | | | | 学校 | |  | 学年・クラス | | |  | 年 |  | 組 |
|  | |  | | | | | | |  | 保護者氏名 | | |  | | | |
| 住　所 | |  | | | | | | |  | 連絡先（電話番号） | | |  | | | |
| 各質問について、該当する項目に○を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 問１ | 現在、食物アレルギーはありますか。 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | (　　) | | ある　⇒　「ある」に記入された場合、以下の質問にお答えください。 | | | | | | | | | | | | | |
|  | (　　) | | 過去にあったが現在はない　⇒　調査終了です。 | | | | | | | | | | | | | |
|  | (　　) | | ない　　　　　　　　　　　⇒　調査終了です。 | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 問２ | 食物アレルギーの原因食品は何ですか。 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 問３ | 現在、家庭で除去している食品はありますか。 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | (　　) | | ある　食品名 | | | | | | | | | | | | | |
|  | (　　) | | ない | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 問４ | 食物アレルギーに関して、医療機関を受診していますか。 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | (　　) | | 定期的に受診している（１年以内に受診している）。 | | | | | | | | | | | | | |
|  | (　　) | | 以前受診していたが、今は受診していない。　⇒　最後の受診〔　　　〕歳頃 | | | | | | | | | | | | | |
|  | (　　) | | 病院で検査・診断を受けたことはない。 | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 問５ | アレルギーに関して処方されている薬はありますか。 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | (　　) | | エピペン | (　　) | | 抗ヒスタミン薬 | | | | | (　　) | その他〔　　　　　　　　　〕 | | | | |
|  | (　　) | | 特になし |  | |  | | | | |  |  | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 問６ | 学校（学校給食等）での食物アレルギー対応を希望しますか。 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | (　　) | | 希望する | | (　　) | | | 希望しない | | | | | | | | |