**●●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 |