**食物アレルギーに関する調査票**

現在の学校名　　　　　　　　　　　　学校　　　　　学年　　　　　年　　　　　　　　組

幼児・児童生徒氏名　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名

住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（電話番号）

**各質問で該当する項目に○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」に記入された場合は、以下の質問にお答え下さい。

　　（　　　）　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　今までどのような症状がでましたか。（あてはまる項目全てに○をして下さい）

　　（　　）じんましん、かゆみ、むくみなどの皮膚症状

　　（　　）眼がかゆい、まぶたが腫れるなどの眼の粘膜症状、くしゃみ、鼻汁、鼻づまり

　　（　　）口の中やのどの違和感や腫れ、のどのかゆみ、イガイガ感

　　（　　）腹痛やおう吐、下痢症状

　　（　　）のどが締め付けられる感じや、呼吸がしづらいなどの呼吸器症状

　（　　）アナフィラキーシーショック　※原因食品（　　　　　　　　　　　　　　　　）

　 （　　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

問４　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５　食物アレルギーで医療機関を受診していますか。

（　　）　定期的に受診している

( ) 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

　（ ） 医療機関で検査・診断を受けたことはない。

問6　アレルギーに関して処方されている薬はありますか。

　（　　）　特にない

　（　　） ある　　→　(　　)抗ヒスタミン剤　（　　）エピペン　（　　）その他

問７　学校給食でのアレルギー対応を希望しますか。

　 （　　）　希望する　　　　　（　　）　希望しない