

食物アレルギーに関する個別調査票（保護者記入用）

学校名 _____ (ふりがな)	
学年・組 _____ 年 _____ 組	児童生徒氏名 _____

◆ 食物アレルギーの原因食品

問1 原因食物名 (_____)

※最初に症状が出た時期・年齢 (_____ 歳 _____ か月頃)

※最近、症状が出た時期・年齢 (_____ 歳 _____ か月頃)

問2 現在除去中の食物の有無

ない ある → (食物名 _____)

問3 問2で“ある”場合、誰が除去の判断をしましたか？

医師 保護者 その他 (_____)

問4 過去におこなっていた除去で、現在は食べられるようになった食物

ない ある → (食物名 _____)

◆ 食物アレルギーの症状について

問5 原因食物摂取後に出る症状

原因食物名	症 状 等
卵	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある (症状 _____)
牛乳	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある (症状 _____)
小麦	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある (症状 _____)
(_____)	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある (症状 _____)
(_____)	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある (症状 _____)

問6 運動後に症状が出たこと

ない ある → (食事との関連あり 食事との関連なし)

問7 アナフィラキシーショック経験の有無

ない ある → (回数 _____ 回、最終発症年月 _____ 年 _____ 月)

(原因 _____)

◆ 食物アレルギーの治療薬

問8 現在、アレルギー疾患治療のために使用している薬

ない

ある 内服薬 (_____)

吸入薬 (_____)

外用薬 (_____)

注射薬 (_____)

その他 (_____)

◆ 主治医からの指導や注意

問9 主治医から運動などの日常生活の中での行動について、注意を受けていること

ない

ある → (指導内容 _____)

保護者名 _____
