

# アレルギー疾患調査票(保護者記入)

クラス: 年 組 番 児童名: \_\_\_\_\_

記入年月日: 平成 年 月 日 保護者名: \_\_\_\_\_

アレルギー疾患がありますか。  はい  いいえ  
 ※「はい」と答えた場合のみ、これからの質問に答えてください。

## I アレルギー疾患について

質問 1-1: アレルギー疾患は何ですか。

- 気管支喘息  アレルギー性鼻炎  アトピー性皮膚炎  花粉症  
 アレルギー性結膜炎  食物アレルギー  
 その他( )

質問 1-2: アレルギー症状を引き起こす原因は何ですか。

- ダニ  ハウスダスト  ペットのフケ、毛等  花粉  カビ  蜂毒  
 食物(種類は質問Ⅱ・Ⅲ)  ラテックス(天然ゴム)  金属  
 その他( )

## II 食物アレルギーの原因食物について

質問 2-1: 食物アレルギーがありますか。  はい  いいえ

※「はい」と答えた場合のみ、これからの質問に答えてください。

質問 2-2: 食物アレルギーを起こす原因食物は何ですか。

食物名: ( )

質問 2-3: 現在除去中の食べ物がありますか。

いいえ  はい(食物名: )

質問 2-4: 上記質問 2-3 の除去食はどなたが判断しましたか。

医師  保護者  その他( )

質問 2-5: 過去に除去食を行っていたが現在は食べられるようになった食物がありますか。

いいえ  はい(食物名: )

質問 2-6: アレルギー検査を受けたことはありますか。またその時の検査結果はどうでしたか。

いいえ  はい→結果(陽性の食物名: )

## III 食物アレルギーの症状について

質問 3: 原因食物を摂取後、どのような症状が起こりますか。

食物名	症状
卵	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある(具体的症状: )
牛乳	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある(具体的症状: )
小麦	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある(具体的症状: )
	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある(具体的症状: )
	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある(具体的症状: )
	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある(具体的症状: )
	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある(具体的症状: )
	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある(具体的症状: )
	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある(具体的症状: )

## IV アレルギーの症状について

質問 4-1: 運動で症状をおこしたことはありますか。  はい  いいえ

「はい」とお答えになった場合は食事との関連はありますか。

食事との関連あり  食事との関連なし

質問 4-2: アナフィラキシーの経験はありますか。  はい  いいえ

「はい」とお答えになった場合はその原因は何ですか。

食事との関連あり  食事との関連なし

### 【アナフィラキシーとは】

食物、薬物、蜂刺されなどが原因で発生する全身性の急性アレルギー反応で、急激な症状悪化から死に至る可能性もある重篤なアレルギー反応です。

アナフィラキシーでよくみられる症状として、じん麻疹、呼吸困難、腹痛、嘔吐、下痢、及び血圧低下を伴うショック等があります。

## V アレルギー疾患の治療薬について

質問 5-1: 現在アレルギー疾患の治療のため使用している薬はありますか。

はい  いいえ

「はい」とお答えになった場合はどんな薬ですか。

内服薬: ( )

吸入薬: ( )

外用薬: ( )

注射薬: ( )

その他: ( )

質問 5-2: 学校に持って行かせたい薬はありますか。  はい  いいえ

薬剤名: ( )

質問 5-3: 児童自身で管理および使用ができますか。  いいえ  はい

いいえ → 具体的な管理方法は学校と要相談

## VI 教育活動中の飲食物の対応について

質問 6: 何か配慮が必要とお考えですか。  はい  いいえ

はい→具体的な配慮方法は学校と要相談

## VII 運動や課外活動の際の留意点について

質問 7: アレルギー疾患のため、主治医より運動や課外活動について指導や助言を受けていることはありますか。

はい→(指導内容: )

その他、要望など \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_