

食物アレルギーがある方の
み記入ください。

食物アレルギー調査票

様式3小学校用

小学校名	大津市立膳所小学校				記入年月日	令和 年(西暦 年) 月 日
学年・組・番	1年 組 番	4年 組 番	緊急連絡先		【自宅・保護者()携帯・その他()】	
	2年 組 番	5年 組 番			TEL	
	3年 組 番	6年 組 番			【自宅・保護者()携帯・その他()】	
児童・生徒氏名			男・女	TEL		
生年月日	H・R 年(西暦 年) 月 日	かかりつけ 医療機関名		TEL		

★該当する項目にチェック✓またはご記入ください。

1. 食物アレルギーを起こす原因食品は何ですか。

- 鶏卵 牛乳・乳製品 小麦 そば 落花生
- くるみ ごま カシューナッツ その他種実・木実類 えび かに
- オレンジ キウイフルーツ りんご もも バナナ その他果物類
- いか 鮭 さば その他魚類 牛肉 豚肉 鶏肉
- その他肉類 大豆・大豆製品 まつたけ やまいも ゼラチン 大麦
- アーモンド その他()

2. 食物アレルギーを起こす原因食品と除去の程度について(現在、制限・除去すべき食品を全てご記入下さい。)

原因食品	摂取時に起こる症状	除去の程度	給食での対応
		<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 少量であれば可 <input type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> 加工食品等に含まれる微量であれば可 <input type="checkbox"/> ()	要・不要
		<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 少量であれば可 <input type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> 加工食品等に含まれる微量であれば可 <input type="checkbox"/> ()	要・不要
		<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 少量であれば可 <input type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> 加工食品等に含まれる微量であれば可 <input type="checkbox"/> ()	要・不要
		<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 少量であれば可 <input type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> 加工食品等に含まれる微量であれば可 <input type="checkbox"/> ()	要・不要
		<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 少量であれば可 <input type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> 加工食品等に含まれる微量であれば可 <input type="checkbox"/> ()	要・不要
		<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 少量であれば可 <input type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> 加工食品等に含まれる微量であれば可 <input type="checkbox"/> ()	要・不要

3. 上記質問2の除去はどなたが判断されましたか。

- 医師 保護者 その他()

4. 食物アレルギーで医師の診断はありますか。

- 無し 有り ⇒ 最終診断年月：平成・令和 年(西暦 年) 月頃

5. 食物アレルギーの検査はされましたか。

- 無し 有り ⇒ 陽性 食品名()
陰性 食品名()
最終検査年月：平成・令和 年(西暦 年) 月頃

6. 家庭で除去食や食事制限はされていますか。

- 無し 有り ⇒ 完全除去食(調理の段階で除去 本人が除去)
本人の体調によって除去(調理の段階で除去 本人が除去)
加工食品等わずかに入っているものは食べている()
その他()

7. 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品はありますか。

- 無し 有り ⇒ 食品名()

8. 運動で症状を発症したことがありますか。

無し 有り ⇒ 食事との関連有り 食事との関連なし

9. アナフィラキシーショックの経験はありますか。

無し 有り ⇒ 回数： 回
最終発症年月：平成・令和 年（西暦 年） 月 日
原因（ ）

10. 現在、アレルギー疾患の治療のために使用している薬はありますか。

無し 有り ⇒ 内服薬 吸入薬 外用薬 注射薬 その他
薬剤名（ ）

11. 学校に携帯している薬はありますか。

無し 有り ⇒ 内服薬 吸入薬 外用薬 注射薬 その他
薬剤名（ ）

12. アレルギー症状を起こしたときの対応方法は何ですか。

内服薬 自己注射 その他（ ）

13. 学校給食での対応は必要ですか。

不要

必要

どのような対応が必要ですか。（※具体的な対応方法は学校と要相談）

14. 主治医より運動や課外活動・調理実習・宿泊・学校生活等で注意を受けていますか。

無し

有り

どのような内容ですか。

15. その他・特記事項(ご自由にお書き下さい)

学校における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するために、本票に記載された内容を学校全体(教職員、児童生徒等)で共有することに同意します。 保護者署名 _____

【保護者確認欄】

上記内容に追加、変更等がある場合は、必要箇所への訂正、記入とともに、下の欄にご署名をお願い致します。

学年	追加・変更箇所の有無(○印)	記入年月日	保護者署名
小学2年時	有 ・ 無	年 月 日	
小学3年時	有 ・ 無	年 月 日	
小学4年時	有 ・ 無	年 月 日	
小学5年時	有 ・ 無	年 月 日	
小学6年時	有 ・ 無	年 月 日	