

食物アレルギー調査票

児童生徒氏名： _____

① 医師の診断について

- ・ 医師の診断を受けたことがありますか？（はい ・ いいえ）
- ・ 医師による食物アレルギーの最終診断はいつ頃ですか？（ 年 月頃）

② 現在除去している食物について（様式2を参照ください）

- ・ 除去している食品の口にチェックして下さい。
備考欄には、食べたときに現れたことのある症状を記入して下さい。
また、「これまで食べたことがない」、「少量なら可」「少量でも不可」、
「体調により不可」などがありましたら記入して下さい。

③ これまでに※1アナフィラキシーを起こしたことがありますか？（はい ・ いいえ）

（はい）の方へ・・・・・・・・・・いつ頃ですか？（ 年 月頃）

どんな食物（食品）ですか？（ ）

※2アナフィラキシーショックと診断されましたか？（はい ・ いいえ）

（はい）の方へ・・・・・・・・・・いつ頃ですか？（ 年 月頃）

④ ※3エピペンを医師から処方されていますか？（はい ・ いいえ）

（はい）の方へ・・・・・・・・・・学校へ保管の要望はありますか？（はい・ いいえ）

⑤ 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？（ある ・ ない）

（ある）の方へ・・・・・・・・・・どんな薬ですか？（内服薬・吸入薬・外用薬・注射薬・その他）

学校へ携帯を希望する薬はありますか？

ない ・ ある（薬剤名 ）

⑥ 過去に除去をしていたが、現在は普通に食べられるようになった食物はありますか？

ない・ある（食物・食品名 ）

※1アナフィラキシーとは

緊急性の高いアレルギー症状であり、じんま疹などによる皮膚症状、咳や呼吸困難などの呼吸器症状、持続する腹痛や嘔吐による消化器症状、血圧低下や意識低下による循環器・神経症状で、2つ以上の臓器に重篤な症状が現れる場合

※2アナフィラキシーショックとは

アナフィラキシーにおいて、ショック症状（血圧低下やそれに伴う意識障害などの症状）を伴う場合

※3エピペンとは

アナフィラキシーの全ての症状を和らげるアドレナリン自己注射製剤