

## 食物アレルギー調査票

ふりがな

学校名： \_\_\_\_\_ 学校 \_\_\_\_\_ 児童生徒氏名： \_\_\_\_\_

## 1 医師の診断について

(1) 医師の診断を受けたことがありますか？ ( はい ・ いいえ )

(2) 医師による食物アレルギーの最終診断はいつですか？ ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)

2 これまでにアナフィラキシー<sup>(注1)</sup>を起こしたことがありますか？

( はい ・ いいえ )

「はい」の方は以下の(1)～(3)にもお答えください。

→ (1)いつ頃ですか？ ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)

→ (2)どんな食物(食品)ですか？(食物・食品名： \_\_\_\_\_ )

→ (3)アナフィラキシーショック<sup>(注2)</sup>と診断されましたか？

( はい( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃) ・ いいえ )

3 エピペン<sup>(注3)</sup>を医師から処方されていますか？

( はい ・ いいえ )

↳ 学校へ保管を要望しますか？ ( はい ・ いいえ )

## 4 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 )

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

## 5 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： \_\_\_\_\_ ) )

(注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

(注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

(注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