

食物アレルギー調査票

ふりがな 生徒氏名		ふりがな 保護者氏名	
--------------	--	---------------	--

1 過去にアナフィラキシーを起こしたことがありますか。

いいえ はい (発症時期 年 月 (歳) 頃)

2 過去に、アナフィラキシーショックを起こしたことがありますか。

いいえ はい (発症時期 年 月 (歳) 頃)

※ アナフィラキシー・・・アレルギー反応により、じんましんなどの皮膚症状、腹痛や嘔吐などの消化器症状、喘鳴(ゼーゼーした呼吸)や呼吸困難などの呼吸器症状が、複数同時にかつ急激に出現した状態のこと。

※ アナフィラキシーショック・・・アナフィラキシーによって、急激に血圧が低下し、意識の低下や脱力をきたすなど、生命に危険な状態になること。

3 現在、食物アレルギーがありますか。

はい(原因食物名:) いいえ ⇒ 調査は終了です。



※ 「はい」を選んだ方のみ、4以降へ進んでください。

4 直近で医師の診断を受けていますか。

いいえ

はい (病院名: 直近の診断時期: 年 月頃)

5 原因食品を食したときにあらわれる症状に○を付けてください。

	ショック		咳き込み		呼吸困難
	嘔吐・腹痛		顔面紅潮		蕁麻疹
	湿疹		掻痒感		下痢
	その他()				

6 ご家庭での食事の状況について、該当するものに○を付けてください。

	完全除去食		体調によって除去		特に配慮はしていない
--	-------	--	----------	--	------------

対応方法やその他の 注意点などを記入	
-----------------------	--