

アレルギー疾患問診票

※アレルギーの有無に関わらず、全員提出をお願いします。

提出期限
令和 年 月 日 ()

記入日 令和 年 月 日

年 組 番	氏名	男・女	保護者署名	
	連絡先	— —	※日中連絡がとれる番号をご記入願います。	

※お子さんのアレルギー疾患について、該当するものに○または記入をしてください。

1	アレルギー疾患は現在または過去にありましたか。	はい	いいえ
---	-------------------------	----	-----

2に回答

ここで終わりです

2	アレルギー疾患のため学校管理下で対応が必要ですか。	はい	いいえ
---	---------------------------	----	-----

3に回答

4に回答

3	対応が必要なアレルギー疾患についてご回答ください。		
---	---------------------------	--	--

※2で「はい」の方が回答	アレルギー疾患の内容は次のどちらですか。	食物	食物以外 (ぜん息・ハチ毒等)	
	具体的なアレルギー原因物質(食材)や症状をご記入ください。			
	過去にアナフィラキシーショック(※)を発症したことがありますか。 ※アナフィラキシーショックとは、アレルギー症状が体の複数の臓器や全身に現れ、呼吸困難や意識障害を起こす急性のアレルギー反応です。	はい	いいえ	
	緊急時のためのエピペンや内服薬を常備していますか。	エピペン	内服薬	無し
	<食物アレルギー疾患の方のみ> 医師の診断と指示に基づき、家庭で食事管理を行っていますか。	はい	いいえ	

4	対応が必要ではない理由、アレルギー疾患の内容をご回答ください。		
---	---------------------------------	--	--

※2で「いいえ」の方が回答	現在は治癒しているためですか。	はい	いいえ
	「いいえ」の場合、具体的な理由をご記入ください。		
	対応が必要ではないアレルギー疾患(治癒しているものも含む)の内容は次のどちらですか。	食物	食物以外
具体的なアレルギー原因物質(食材)や症状をご記入ください。(治癒しているものも含む)			