

# アレルギー疾患調査票

記入日 令和3年 月 日

川口市立芝西中学校	年 組 番	氏 名
-----------	-------	-----

質問1	お子さんは、 <b>医師から</b> アレルギー疾患があると診断されていますか？	はい	いいえ
-----	--	----	-----

\* 以下は、「はい」と答えた方のみご記入ください。

質問2	アレルギー疾患は次のどれですか？	該当するものに○	
	① 食物アレルギー	乳 ・ 卵 ・ 小麦 そば ・ ピーナッツ えび ・ かに その他 ( )	
	② 気管支ぜん息		
	③ アトピー性皮膚炎		
	④ アレルギー性鼻炎		
	⑤ アレルギー性結膜炎		
⑥ その他（アレルギーの内容を記入してください。）			
質問3	お子さんは、 <b>医師から、上記の疾患により学校生活における配慮が必要であると診断</b> されていますか？	はい	いいえ
質問4	アナフィラキシーやアナフィラキシーショックを起こしたことはありますか？	はい	いいえ
	※アナフィラキシーとは、アレルギー反応により、じんましんなどの皮膚症状、腹痛やおう吐などの消化器症状、ゼーゼー、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です。その中でも、血圧が低下して意識の低下や脱力をきたすような状態を、特にアナフィラキシーショックと呼びます。		
補助質問	① それはいつでしたか？	平成 年 月 日	
	② 原因はなんですか？		
	③ どんな症状でしたか？		
質問5	エピペン(エピネフリン注射)を処方されていますか？	はい	いいえ
質問6	① 気管支ぜん息により、激しい発作を起こすことがありますか？	はい	いいえ
	② 食物アレルギーのため、医師の診断と指示に基づいて食事の対応を行っていますか？ ※給食の対応が必要な場合、聞き取り調査を行います。	はい	いいえ
	③ その他、重度の症状を誘発する場合はご記入ください。 例・ハチ、薬など		