

保護者記入欄

*各質問の該当するところへ○または必要事項を記入してください

*表紙の記入日を記入してください。

児童生徒氏名

		小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3
質問1	食物アレルギーや病気により食べ ることができない食物はあります か	アレルギー ない・ある								
		病気等 ない・ある								
どちらも「ない」と答えた方は以上で終わりです。「ある」と答えた方は、以下の質問にも答えてください。										
質問2	除去している食物は何ですか									
質問3	除去を指示・判断した医療機関はどこ ですか	病院： 主治医：								
質問4	今までどのような症状がありましたか ・皮膚症状（発赤、痒み、腫れ、じんましんなど） ・呼吸器症状（咳、息苦しさ、ゼイゼイなど） ・消化器症状（腹痛、下痢、嘔吐など） ・全身症状（ぐったり、呼びかけに応じないなど） ・アナフィラキシー（アレルギー反応により強い皮膚、呼吸器、消化器、全身症状が同時に複数おこること）	() 皮膚症状								
		() 呼吸器症状								
質問5	エピペンや内服薬は処方されてい ますか。当てはまるすべてに○を してください	() エピペン								
		() 内服薬								
質問6	学校での食物アレルギー等の対応 を希望しますか	希望する・希望しない *対応を希望する活動に○ をしてください								
		() 調理実習等授業	() 校外・宿泊行事	() 給食						
質問7	その他、必要なことがありました らご記入ください	*希望しない理由を記入 []								
		学校記入欄								

対応を希望する場合、医師の診断を受けていただき「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」や診断書等の提出、学校担当者との面談が必要になります。（必要な書類は後日お渡しします）