令和　　年　　月　　日

保護者　様

（　三　春　町　）

食物アレルギーに関する個別調査票の提出について

早秋の候、保護者の皆様には益々ご健勝のことと存じます。

　三春町では、アレルギー疾患の児童生徒の学校生活をより安心で安全なものとするため、食物アレルギーについて詳しい情報を把握し、適切に対応するよう努めているところです。

　つきましては、下記「食物アレルギーに関する個別調査票」を記入していただき、入所（園）申込と一緒に施設へご提出くださるようお願いいたします。

様式１

**食物アレルギーに関する個別調査票（保護者記入用）**

施設名

クラス　　　　　　　　　組　　（男・女）

児童氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名　　　　　　　　　　　　㊞

**◇現在食物アレルギーはありますか？**

　　　□ない　　□ある

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*これ以降の項目は“ある”と回答した方のみ、ご記入ください。\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**◇食物アレルギーがある場合、給食での対応を希望しますか？**

　□しない　□する

**◇食物アレルギー原因食物**

問１　原因食物名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　＊最初に症状が出た時期・年齢（　　　　歳　　　　ヶ月頃）

　　　＊最近症状が出た時期・年齢　（　　　　歳　　　　ヶ月頃）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※裏へ続きます

問２　現在除去中の食物の有無

　　　□ない　　□ある　→　（食物名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

問３　問２で“ある”場合、誰が除去の判断をしましたか？

　　　□医師　　□保護者　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

問４　過去におこなっていた除去で、現在は食べられるようになった食物

　　　□ない　　□ある　→　（食物名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**◇食物アレルギーの症状について**

問５　原因食物摂取後に出る症状

|  |  |
| --- | --- |
| 原因食物名 | 症　状　等 |
|  | □不明　　□ある（症状　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | □不明　　□ある（症状　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | □不明　　□ある（症状　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

問６　運動後に症状が出たこと

　　　□ない　　□ある　→　（□食事との関連あり　　□食事との関連なし）

問７　アナフィラキシーショックの既往の有無

　　　□ない　　□ある　→　（回数　　　　回、　最終発症年月　　　年　　月）

**◇食物アレルギーの治療薬**

問８　現在、アレルギー疾患治療のために使用している薬（緊急薬を含む）

　　　□ない　　□ある

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 内服薬 |  |  |
| 吸入薬 |  |  |
| 外用薬 |  |  |
| 注射薬 |  |  |
| その他 |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※施設に携帯を希望の場合は○↑

問９　児童自身で管理できますか

　　　□はい　　□いいえ　→　具体的な管理方法等学校と要相談　□　はい

**◇主治医からの指導や注意**

問１０　主治医からの運動などの日常生活の中での行動について、注意を受けていること

　　　□ない　　□ある　→（指導内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）