

質問8：アレルギー検査を受けたことがありますか？また、そのときの検査結果は？

いいえ はい→結果 陽性の食物名 ()
陰性の食物名 ()

食物アレルギーの症状について

質問9：原因食物を食べた場合に起こる症状とその発症時期は？

食物名	具 体 的 症 状	発症年齢
	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> はい (症状)	
	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> はい (症状)	
	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> はい (症状)	
	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> はい (症状)	

質問10：運動で症状を発症したことはありますか？

また、「はい」とお答えになった場合は食事との関係はありますか？
いいえ はい (食事との関係あり 食事との関係なし)

質問11：主治医より運動や課外活動について注意を受けていることがありますか？

いいえ はい (指導内容)

質問12：アナフィラキシーショックの経験はありますか？

また、「はい」とお答えになった場合はその原因は何ですか？
いいえ はい (回数 回、最後の発症年月 年 月)
(原因)

食物アレルギーの治療薬について

質問13：現在アレルギー疾患の治療のために使用している薬はありますか？

いいえ
はい 内服薬 ()
吸入薬 ()
外用薬 ()
注射薬 ()
その他 ()

質問14：緊急対応のために、学校に携帯を希望する薬はありますか？

いいえ はい (薬剤名)

医療機関の受診の様子について

質問15：食物アレルギーに関して、病院にかかっておられますか？

かかっていない 以前かかったことがある
現在かかっている (病院名)

学校給食での対応について

質問16：お子様の学校給食では、どのような対応を希望されますか？

特別な対応は必要ない。 食べられないものは、自分で除いて食べさせる。
食べられないメニューについては、家庭から代替りのものをもたせる。
食べられないメニューについては、アレルギー対応給食を出してほしい。
※食物アレルギー対応給食を希望する場合は、医師の食物アレルギー生活管理指導表の提出が必要です。