

食物アレルギー調査票

年 組 番

八重山商工高等学校 (学科 コース) 氏名

1. 食物アレルギーはありますか

いいえ→終了 はい→(2~9の質問に回答して下さい)

2. その原因となる食物と摂取後に起こる症状の程度等についてお答え下さい

食物名	症状の程度			家庭での対応
	量	加熱	食した時の症状	
(記入例) 卵	<input type="checkbox"/> 加工食品・調味料等に含まれる微量も不可 <input type="checkbox"/> 少量でも不可 <input type="checkbox"/> ある程度の量 (卵黄: 卵白:) まで食べられる	<input type="checkbox"/> 加熱後も不可 <input type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 本人除去 <input type="checkbox"/> 特に配慮しない <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 加工食品・調味料等に含まれる微量も不可 <input type="checkbox"/> 少量でも不可 <input type="checkbox"/> ある程度の量 () まで食べられる	<input type="checkbox"/> 加熱後も不可 <input type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 本人除去 <input type="checkbox"/> 特に配慮しない <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 加工食品・調味料等に含まれる微量も不可 <input type="checkbox"/> 少量でも不可 <input type="checkbox"/> ある程度の量まで食べられる ()	<input type="checkbox"/> 加熱後も不可 <input type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 本人除去 <input type="checkbox"/> 特に配慮しない <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 加工食品・調味料等に含まれる微量も不可 <input type="checkbox"/> 少量でも不可 <input type="checkbox"/> ある程度の量まで食べられる ()	<input type="checkbox"/> 加熱後も不可 <input type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 本人除去 <input type="checkbox"/> 特に配慮しない <input type="checkbox"/> その他 ()

※3食品以上のアレルギーがある場合は舍監に連絡してください。

3. 上記3の食物アレルギーはどなたが判断しましたか

医師 保護者 その他()

4. アレルギー検査を受けたことがありますか。また、その時の検査結果はどうでしたか。

いいえ はい→結果(陰性・陽性)⇒陽性の食物名【
☆ 年 月 実施】

5. 運動でアレルギーの症状を発症したことがありますか

いいえ はい→(食物との関連あり ・ 食物との関連なし)

6. アナフィラキシーショックの経験はありますか。

いいえ はい→(回数 回、最後の発症年月: 年 月)
症状(呼吸困難 ・ 血圧低下 ・ 意識喪失 ・ 呼吸停止 ・ その他())

7. 食物アレルギー治療のために使用している薬はありますか

いいえ はい→(薬剤名:)

8. ご質問があればお書き下さい。()

保護者氏名 _____ 印 _____