（様式１－２）　　 **食物アレルギー調査書（保護者記入用）**

記入年月日　　平成　　　年　　　　月　　　　日

大槌町立　　　　学園　　学部　　年　　組　　番

ふりがな

児童・生徒氏名

保護者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

＊あてはまる項目を、○で囲んでください。

**Ⅰ・現在、お子さんは食物アレルギーがありますか？**

**・ある　　　　　　　・ない**

**＊ここから下は、お子さんに「食物アレルギーがある」と答えたかたのみご記入ください。**

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

**Ⅱ・給食の「アレルギー用献立」（料理毎の食材が詳しく記載されたもの）を希望されますか？**

**・希望する　　　　　・希望しない**

|  |  |
| --- | --- |
| 例）オムレツのトマトソースかけ | 卵、生クリーム、バター、トマト、ソース、ケチャップ、リンゴ |

**１・食物アレルギーの原因について**

1. 食物アレルギーを起こす原因食物はなんですか？（具体的な加工例や料理名）

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 現在除去中の食べ物はありますか？（病気の治療等で、除去が必要な食べ物も含む）

・いいえ　　　・はい（　　　　　　　　　　　）

上記の除去食はどなたが判断しましたか？

・医師　　　　・保護者　　　・その他（　　　　　　　　）

1. 過去に除去食を行っていたが、現在食べることができるようになった食べ物はありますか？

・いいえ　　　・はい（　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. アレルギー検査を受けたことはありますか？

・いいえ　　　・はい→結果　　陽性の食べ物（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**２・食物アレルギーの症状について**

　（１）原因食物を摂取後に症状が出るまでの時間と症状を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　アレルギーを起こす食物名 | 食べてから、症状の出るまでの時間 | アレルギーの症状（右の症状を参考に、ご記入ください） | ・赤み　・じんましん・口唇、目、顔の腫れ・口、喉の違和感・腹痛、・嘔吐・咳・喘息・呼吸困難・血圧低下・けいれん・意識消失・意識混濁 |
| （記入例）　卵 | 食べて２時間後 | 全身のじんましん、腹痛、嘔吐 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

　（２）運動で症状がでたことはありますか？

　　　　・いいえ　　　　・はい→　食事との関連有り　　　食事との関連なし

　（３）アナフィラキシーショクの経験はありますか？

　　　　・いいえ　　　　・はい（原因　　　　　　　回数　　　　回　最後の発症年月　平成　　年　　月）

**＊裏面を、続けてご記入ください。**

**３・食物アレルギーの治療について**

1. 食物アレルギー（じんましんを含む）で病院を受診したことがありますか？

・いいえ　　　・はい→　平成　　年　　月頃　病院名　　　　　　　　　診断名

主治医より、学園生活や運動や課外活動などで注意されていることはありますか？

1. 食物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（　　　　　　　　　　）

1. 学園に携帯を希望する薬はありますか？

・いいえ　　　・はい→（薬品名　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 上記の薬は、お子さん自身で管理・使用ができますか？

・いいえ→具体的な管理方法は学園と相談したい　　　・はい

**４・食物アレルギーの対応について**

1. 給食に何か配慮が必要なことはありますか？

・いいえ　　　・はい→　・原因食材は全く盛りつけない

　　　　　　　　　　　　・お子さんが自分で、原因食材をのぞく

　　　　　　　　　　　　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 食べてしまったときの対応（応急処置）

**５・緊急連絡先**

|  |  |
| --- | --- |
| 生徒児童・ | 　　　　　　　　　　　　　　　　・生年月日　平成　　　年　　　月　　　日 |
| 住　　　　　所 | 大槌町 |
| かかりつけ医療機関 | 　　　　　　　　　　　　　　医院（病院）　・主治医名　　　　　　　　　 |
| 医療機関電話番号 | 　　　　　　　　　　　（　　　　　　） |

保護者連絡先（確実に連絡が取れる順番で、ご記入ください）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 優先順位 | 氏　　　　名 | 続　柄 | 電　話　番　号 | 連　絡　先 |
| １位 |  |  | 　　　　（　　　　） | 自宅・職場・携帯 |
| ２位 |  |  | 　　　　（　　　　） | 自宅・職場・携帯 |
| ３位 |  |  | 　　　　（　　　　） | 自宅・職場・携帯 |