

| |
|-------------------------|
| 食物アレルギーに関する個別調査票 |
|-------------------------|

町田市立()学校 様

(西暦 年 月 日記入)

| | | |
|----------|-------|--|
| 年 組 生徒氏名 | 保護者氏名 | |
|----------|-------|--|

1 食物アレルギーを起こす原因食物について

(該当事項に☑してください)

| 原因食物 | アレルギーを 起こす量 | 加熱の有無 | 摂食時に経験した症状 | 小学校・家庭 での対応 |
|------|---|--|--|----------------|
| | <input type="checkbox"/> 少量でも不可 <input type="checkbox"/> 体調によって <input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> 発赤、じんま疹など 即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳・ぜん鳴など呼吸症状 <input type="checkbox"/> 腹痛・嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他() <u>症状確認時期 年 月頃</u> | |
| | <input type="checkbox"/> 少量でも不可 <input type="checkbox"/> 体調によって <input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> 発赤、じんま疹など 即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳・ぜん鳴など呼吸症状 <input type="checkbox"/> 腹痛・嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他() <u>症状確認時期 年 月頃</u> | |
| | <input type="checkbox"/> 少量でも不可 <input type="checkbox"/> 体調によって <input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> 発赤、じんま疹など 即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳・ぜん鳴など呼吸症状 <input type="checkbox"/> 腹痛・嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他() <u>症状確認時期 年 月頃</u> | |

2 アナフィラキシー発症状況について

- なし
 あり ①回数： 回
 ②最後の発症年月日： 年 月
 ③発症時の具体的な症状：
 ④医師から注意するように言われている症状：
 ⑤アナフィラキシーショックの有無： 有 ・ 無

3 医療機関への受診状況について（該当事項に☑してください）

- およそ 月ごとに 年1回以上 必要時
 最後に受診した年月日（ 年 月 日）

4 現在アレルギー疾患の治療のために使用している薬について

- なし
 あり 内服薬（ ） 吸入器（ ）
 外用薬（ ） 注射器（ ）
 その他（ ）

● 学校に携帯を希望する薬等がありますか？

- なし
 あり 薬剤名：
 常備薬として携帯 緊急時に備えた携帯

● 児童自身で管理できますか？

- はい（保管場所の確認： ）（使用するタイミング： ）
 いいえ 保護者との協議事項

[]

5 緊急時連絡先について

(1)通院している医療機関

| 医療機関名 | 診療科 | 担当医名 (主治医) | 電話 | カルテ番号 (ID) | 緊急時の受入 |
|-------|-----|---------------|----|---------------|--------|
| | | | | | 可 ・ 不可 |

(2) 緊急時に搬送できる医療機関 ⇒ ある ・ ない

「ある」と答えた方は、下記にご記入下さい。

同上（通院している医療機関）

通院している医療機関で緊急時の受入が不可の場合、他の医療機関で保護者が 緊急時受入について相談している医療機関

| 医療機関名 | 診療科 | 担当医名 | 電話 | カルテ番号 (ID) |
|-------|-----|------|----|---------------|
| | | | | |

6 アレルギー症状を起こした場合の、緊急時の対応方法について

| | |
|------------------------|---|
| <p><注意すべき症状></p> | <p><緊急時の対応></p> <p>左記の注意すべき症状が出た場合</p> <p><input type="checkbox"/> 保護者・主治医へ連絡する</p> <p><input type="checkbox"/> 救急車をすぐ呼ぶ</p> <p><input type="checkbox"/> その他(下記に記述)</p> |
|------------------------|---|

7 学校生活での留意点について

A 給食

(例) 給食当番・給食準備中・給食中・後片付け時の配慮や、座席の工夫など

B 食物・食材を扱う授業・活動 : 配慮が【 必要 ・ 不要 】

⇒配慮が【必要】な場合は、具体的に下枠にご記入ください。

(例)調理実習・クラブ活動・小麦粘土・遠足のおやつなど

C 運動(体育・部活動等) : 配慮が【 必要 ・ 不要 】

⇒配慮が【必要】な場合は、具体的に下枠にご記入ください。

D 宿泊を伴う校外活動 : 配慮が【 必要 ・ 不要 】

⇒配慮が【必要】な場合は、具体的に下枠にご記入ください。

[]

E その他の配慮・管理事項があれば、ご記入下さい。

[]