

食物アレルギーについて

(氏名)

1. 今まで食物アレルギーの症状が出たことはありませんか。(はい ・ いいえ)
2. 医師の診断について
- * 医師の診断を受けたことがありますか。(はい (病院名) ・ いいえ)
 - * 医師の最終診断はいつですか。(平成 ・ 令和 年 月 日)
 - * 医師からの書面での証明はありますか。(はい ・ いいえ)
(診断書 ・ 食事指示書 ・ 各種検査結果表 ・ その他 (受診したことが分かる書類等))

3. アレルギーの状況について記入してください。

原因食品 (該当するものすべて記入)	
疾病名 (あれば記入)	
原因食品を食した時に現れる症状 (具体的に記入、また一番最近の症状が出た時期も記入)	

- * アナフィラキシーショックを起こした経験がありますか。(はい (年) ・ いいえ)
- * アドレナリン自己注射薬を医師から処方されていますか。(はい (年) ・ いいえ)

4. 家庭で食事の状況について記入してください。

- ※該当するものに○をつけ、それ以外は具体的に記入してください。
- ア 全く食べさせていない。
 - イ 加工食品等わずかに入っているものだけ食べさせている。
 - ウ 本人の体調によって除去している。
 - エ 本人が除去して食べている。
 - オ その他 ()

その他のアレルギーについて

※気管支喘息、アトピー性皮膚炎、花粉症 等

1. その他のアレルギーについて、今までに症状が出たことはありませんか。(はい ・ いいえ)
2. 医師の診断について
- * 医師の診断を受けたことがありますか。(はい ・ いいえ)
 - * 医師の最終診断はいつですか。(年 月頃)
 - * 医師からの書面での証明はありますか。(ある ・ ない)
【診断書 ・ 食事指示書 ・ 各種検査結果表 ・ その他 (受診したことが分かる書類等)】

3. アレルギーの状況について記入してください。

原因物質 (該当するものすべて記入)	
疾病名 (あれば記入)	
現れる症状 (具体的に記入)	

- * アナフィラキシーショックを起こした経験がありますか。(はい (年) ・ いいえ)
- * アドレナリン自己注射薬を医師から処方されていますか。(はい (年) ・ いいえ)

4. 薬の服用や症状に対する学校での対応について記入してください。