

# アレルギー疾患に関する調査票（保護者記入用）

次年度入学児童用  
次年度入学生徒用  
転入生用

（様式 1-2）

記入年月日： 年 月 日

園・学校名： \_\_\_\_\_ 名前： \_\_\_\_\_ 保護者名： \_\_\_\_\_

## アレルギー疾患がありますか。

はい  いいえ ※「はい」と答えた場合のみ、これからの質問に答えてください。

### I アレルギー疾患について

#### 質問 1-1：アレルギー疾患は何ですか。

- 気管支喘息  アトピー性皮膚炎  アレルギー性鼻炎  アレルギー性結膜炎  
 食物アレルギー  アナフィラキシー  その他（ \_\_\_\_\_ ）

#### 質問 1-2：該当する症状がある場合はチェックしてください。

##### <気管支喘息>

- ほぼ毎月、喘息発作が起きるために学校を遅刻または欠席する。  内服ステロイドを必要とすることがある。  
 運動すると喘息発作が起きるため、体育を欠席することがある。  
 運動すると発作が起こるため、強い運動（長距離走など）ができない。

##### <アトピー性皮膚炎>

- かゆみが強く、授業に集中できない。  特定の場所及び作業において、全身の湿疹が悪化する。  
 汗や日焼けなどによる変化があり、特別の対応を必要とする。  学校で保湿剤等の使用を必要とする。

##### <アレルギー性鼻炎>

- 内服ステロイドを3日以上連続している。  花粉シーズンの間、体育や屋外活動に参加しないよう主治医に指導されている。

##### <アレルギー性結膜炎>

- プールの際、ゴーグルを使用しても刺激で悪化するため、授業をすべて見学する。  
 アレルギー性結膜炎のため、視力低下がある。

##### <食物アレルギー>

- 学校給食や調理実習等に除去食を必要とする、または弁当持参を必要とする。  
 微量の摂取でも、アナフィラキシーを起こす。  アドレナリン自己注射薬の携行を必要とする。  
 食物依存性運動誘発アナフィラキシーがある。

##### <アナフィラキシー>

- ハチなどの昆虫による刺傷、医薬品ラテックス（天然ゴム）または原因不明のものでアナフィラキシーを起こしたことがある。または、起こす可能性が非常に高い。  
 ハチアレルギーや薬物アレルギーのためにアドレナリン自己注射薬の携行を必要とする。

その他（ \_\_\_\_\_ ）

#### 質問 1-3：アレルギー症状を引き起こす原因は何ですか。

- ダニ  ハウスダスト  動物のフケ、毛等  花粉  カビ  蜂毒  食物（種類は質問Ⅱ・Ⅲ）  
 ラテックス（天然ゴム）  金属  その他（ \_\_\_\_\_ ）

### II 食物アレルギーの原因食物について

#### 質問 2-1 食物アレルギーがありますか。

- はい  いいえ  
※「はい」と答えた場合のみ、これからの質問に答えてください。

#### 質問 2-2：食物アレルギーを起こす原因食物は何ですか。

食物名（ \_\_\_\_\_ ）

#### 質問 2-3：現在除去中の食べ物はありますか。

いいえ  はい ⇒（食物名 \_\_\_\_\_ ）

#### 質問 2-4：上記質問 2-3 の除去食はどなたが判断しましたか。

医師  保護者  その他（ \_\_\_\_\_ ）

質問 2-5：過去に除去食を行っていたが現在は食べられるようになった食物はありますか。

いいえ はい ⇒ (食物名： )

質問 2-6：アレルギー検査を受けたことはありますか。またその時の検査結果はどうでしたか。

いいえ はい⇒結果 (陽性の食物名： ) 検査を受けた時期 (平成 年)

III 食物アレルギーの症状について

質問 3-1：原因食物を摂取後、どのような症状が起こりますか。

食物名	症 状	食物名	症 状
卵	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある (症状： )		<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある (症状： )
牛 乳	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある (症状： )		<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある (症状： )
小 麦	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある (症状： )		<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある (症状： )
	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある (症状： )		<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある (症状： )

IV アレルギーの症状について

質問 4-1：運動で症状を発症したことはありますか。

はい いいえ

※「はい」とお答えになった場合は食事との関連はありますか。 食事との関連あり 食事との関連なし

質問 4-2：アナフィラキシーの経験はありますか。

はい いいえ

※「はい」とお答えになった場合はその原因は何ですか。 食物 薬物 蜂刺され

【アナフィラキシーとは】

食物、薬物、蜂刺されなどが原因で発生する全身性の急性アレルギー反応で、急激な症状悪化から死に至る可能性もある重篤なアレルギー反応です。

V アレルギー疾患の治療薬について

質問 5-1：現在アレルギー疾患の治療のため使用している薬はありますか。

はい いいえ

※「はい」とお答えになった場合はどんな薬ですか。

内服薬：( ) 吸入薬：( )

外用薬：( ) 注射薬 (エピペン®等)：( )

その他：( )

質問 5-2：学校に持って行かせたい薬はありますか。

いいえ はい ⇒ 薬剤名：( )

質問 5-3：児童生徒自身で管理および使用ができますか。

はい いいえ ⇒ 「いいえ」とお答えになった場合は、具体的な管理方法は学校と要相談

VI 給食の対応について

質問 6-1：学校給食に何か配慮が必要とお考えですか。

いいえ はい ⇒ 「はい」とお答えになった場合は、具体的な配慮方法は学校と要相談

VII 運動や課外活動の際の留意点について

質問 7-1：アレルギー疾患のため、主治医より運動や課外活動について指導や助言を受けていることはありますか。

いいえ はい ⇒ (指導内容： )

その他、要望など \_\_\_\_\_