参考様式　２

アレルギー疾患に関する調査票

学校名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記入年月日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| 学年・組・番号 | 年　　　組（　　　番） | 性別 | 生年月日 |
| ふりがな |  |  | 平成・令和　年　 月 　日 |
| 児童生徒氏名 |  |
| 記入者 | （続柄　　　　　　　） | | |

※　次の質問を読み、当てはまるものにチェックをし、必要に応じて具体的に記入してください。

Ⅰ　食物アレルギーについて

１　発症・症状について

（１）最初に症状が出た時期・年齢　　（　　　　　歳　　　か月頃）

　　　　原因食物　　　　　　　　　　　　　　　　症状

（２）最近、症状が出た時期・年齢　　（　　　　　歳　　　か月頃）

　　　　原因食物　　　　　　　　　　　　　　　　症状

２　現在、除去している食べ物がありますか。

　　　　□　ない　　　□　ある（食物名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３　２で「ある」の場合

（１）除去の判断時期・年齢　　　　　（　　　　　歳　　　か月頃）

（２）判断した者

　　　　□　医師（医療機関名・科　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　□　保護者

　　　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

４　過去に除去をしていたが、現在は食べられるようになった食べ物がありますか。

　　　　□　ない　　　□　ある（食物名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

５　食物アレルギーの具体的な症状について、今までに現れたすべての症状を教えてください。

　　　　□　顔や目の周りの赤み、腫れ　　□　舌や唇の腫れ　　　　□　じんましん

　　　　□　口やのどのかゆみ　　　　　　□　声がかすれる

□　せき　　　　　　　　　　　　□　呼吸困難・ぜん息

　　　　□　腹痛　　　　　　　　　　　　□　下痢　　　　　　　　□　おう吐

　　　　□　アナフィラキシーショック

　　　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

６　原因食物摂取後の症状を教えてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 原因食物 | 症　　状 |
|  | □　不明　　□　ある（症状：　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | □　不明　　□　ある（症状：　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | □　不明　　□　ある（症状：　　　　　　　　　　　　　　） |

７　運動後に症状が出たことがありますか。

　　　　□　ない　□　ある（　□ 食事との関連あり □ 食事との関連なし　□ 不明 ）

　　　　　　　　　　　 　発症時の状況：

　　　　具体的な症状：

※　運動後に症状が出た時の対応について

　　　　□　受診していない。

　　　　□　受診した。（診断名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　８　緊急時に備えた処方薬について

（１）内服薬の処方を受けていますか。

　　　　□　いいえ

　　　　□　はい　（下表に記入）

（２）（１）で「はい」と答えた場合、下表に記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 処方薬名 | 用途（どのような時に服用するのか） | 学校への携帯 |
|  |  | □　あり　　　□　なし |
|  |  | □　あり　　　□　なし |
|  |  | □　あり　　　□　なし |

（３）エピペンⓇ（アドレナリン自己注射薬）について、処方を受けていますか。

　　　　□　いいえ

　　　　□　はい

（４）（３）で「はい」と答えた場合

　　　①　今までにエピペンⓇを使用した回数　　　（　　　　回）

　　　②　最後にエピペンⓇを使用したときの状況

　　　　　最終使用年月日　　平成・令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　状況

　　　　　場所　　　　　□　自宅　　□　学校（　　　　）　□　その他（　　　　　）

　　　　　投与した人

Ⅱ　食物アレルギー以外のアレルギー疾患について

１　罹っているアレルギー疾患はいつ発症しましたか。

□　気管支ぜん息 （　　 歳　 　か月発症）

□　アトピー性皮膚炎 　（　　 歳　 　か月発症）

□　アレルギー性結膜炎 （　 　歳　 　か月発症）

□　アレルギー性鼻炎　 （　 　歳　 　か月発症）

□　その他（　　　　　　　　　　 　　　　　）（　 　歳　　か月発症）

２　現在除去している（避けている）アレルゲンはありますか。

　　　　□　ない　　　□　ある（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３　２で「ある」の場合

（１）除去の開始時期 （　 　歳　 　か月頃）

（２）判断した者

　　　　□　医師（医療機関・診療科名：　　　　　　 　　　　　　）

　　　　□　保護者

□　その他

４　具体的な症状について、今までに現れたすべての症状を教えてください。

（１）気管支ぜん息

　　　　□　せき　 □　ぜん鳴（ゼーゼーいう） □　せき込みおう吐　 □　呼吸困難

　　　 □　チアノーゼ（唇や爪が青白い） □　意識低下　 □　入院（が必要な発作）

（２）アトピー性皮膚炎

　　　　□　皮膚の乾燥のみ 　 　　　□　湿疹　　　 □　とびひの合併

　　　　□　運動後・汗をかいた後の湿疹の悪化　　　　　　 □　入院（が必要な湿疹）

（３）アレルギー性鼻炎

　　　　□　くしゃみ 　□　鼻水 　 □　鼻づまり 　□　呼吸困難

（４）アレルギー性結膜炎

　　　　□　目の痒み　 □　目の痛み 　□　まぶたの腫れ □　春季カタル

（５）その他

　　　　□　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

５　運動後に症状が出たことがありますか。

　 　　□　なし　 　□　ある（発症時の状況と症状：　　　　　　　　　　　　）

※　症状が出た時の対応について

□　受診していない

➢□　安静のみ　　□　気管支拡張薬の吸入　　□　内服薬

□　受診した（診断名：　　　　　　　）

➢□　安静のみ 　□　気管支拡張薬の吸入　 □　内服薬

□　点滴 　　　□　入院

６　緊急時に備えた処方薬について

（１）薬について、処方を受けていますか。

　　　　□　いいえ

　　　　□　はい　（下表に記入）

（２）（１）で「はい」と答えた場合、下表に記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 処方薬名 | 用途（どのような時に使用するのか） | 学校への携帯 |
|  |  | □　あり　　　□　なし |
|  |  | □　あり　　　□　なし |
|  |  | □　あり　　　□　なし |

（３）　エピペンⓇ（アドレナリン自己注射薬）について、処方を受けていますか。

　　　　□　いいえ

　　　　□　はい

（４）（３）で「はい」と答えた場合

　　①　何に対するアレルギー（食物以外）ですか。（　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　①　今までにエピペンⓇを使用した回数　　　（　　　　回）

　　　②　最後にエピペンⓇを使用した時の状況

　　　　　最終使用年月日　　平成・令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　状況

　　　　　場所　　　　　□　自宅　　□　学校（　　　　）　□　その他（　　　　　）

　　　　　投与した人

Ⅲ　その他

　お子様のアレルギー疾患について、心配なことがありましたら御記入ください。

運動、給食、宿泊を伴う学校行事等