様式１

※学校記入欄	
新学年	新クラス

アレルギー疾患等に関する調査票

令和　　年　　月　　日

園・学校(現在の)　　年　　組　　氏名（ふりがな）

※該当する項目に〇をつけてください。　　保護者(続柄　　)

１．アレルギー疾患について（食物アレルギーは除く）

①現在、治療中のアレルギー疾患はありますか。

・ある　　・なし（→**２．食物アレルギーについて**　へ進む）

②※上記で”ある”と答えた方のみご記入下さい。

アレルギー疾患名	喘息　アレルギー性鼻炎　アトピー性皮膚炎　アレルギー性結膜炎 その他（　　）
アレルギー症状を引き起こす原因	ダニ　ハウスダスト　ペットのふけ･毛等　花粉　カビ　蜂毒　ラテックス 金属　医薬品（種類：　　）　その他（　　）

２．食物アレルギーについて

①現在、食物アレルギーがありますか。

・ある　　・なし（→記入終了です）

※過去にアレルギーがあったが、現在は改善している場合は「なし」となります。

②上記２-①で”ある”と答えた方のみ、以下にご記入ください。

原因食品	家庭での除去状況	除去開始年齢	医師の診断	発症症状	摂食状況
(例) 卵	完全・(部分)食べている	６ヵ月	(有)・無	(じんましん)・嘔吐・下痢・アナフィラキシー・その他: **腹痛、喘息症状**	非加熱のみ除去
	完全・部分食べている		有・無	じんましん・嘔吐・下痢・アナフィラキシー・その他:	
	完全・部分食べている		有・無	じんましん・嘔吐・下痢・アナフィラキシー・その他:	
	完全・部分食べている		有・無	じんましん・嘔吐・下痢・アナフィラキシー・その他:	
	完全・部分食べている		有・無	じんましん・嘔吐・下痢・アナフィラキシー・その他:	
	完全・部分食べている		有・無	じんましん・嘔吐・下痢・アナフィラキシー・その他:	

③学校給食における対応を希望しますか。

※希望する　　希望しない

理由：［　　］

※学校給食での対応を希望する場合は、後日、必要書類等をお渡しいたします。
その後、面談等を行い、対応の詳細を決定します。
アレルギー症状の程度や状況により、ご希望に添えないことがあります。

※本調査は毎年行います。