

学校生活における食物アレルギー調査

年 月 日

伊丹市立 \_\_\_\_\_ 小学校 (入学予定校)

氏名 \_\_\_\_\_ (男・女)

1 現在、お子さんは食物アレルギーがありますか。

(どちらかに○印をご記入ください。)

はい	・	いいえ
----	---	-----

**※「いいえ」に○をつけた方は、これで調査は終了です。(2~3の質問は記入不要です)**

**※「はい」に○をつけた方は、下記の2~3の質問にお答えください。**

2 食物アレルギーの原因食品は何ですか。

(現在、医療機関を受診している場合は「有」に○を、今後受診の予定があれば「予定」に○をご記入ください。)

原因食品名				
受診の有無	有・無・予定	有・無・予定	有・無・予定	有・無・予定

3 アナフィラキシーショックの経験、または発症の恐れはありますか。

ア はい(経験有り) → ( ) 歳頃、回数( )回  
原因となる物質( )

イ はい(経験無し) → 原因となる物質( )

ウ いいえ

**アナフィラキシーショックとは?**

アレルギー反応によって、『じんましんなどの皮膚症状』、『腹痛やおう吐などの消化器症状』、『ゼーゼー・ヒューヒューなどの呼吸器音・呼吸困難』などの症状が複数同時に、かつ急激に出現した状態をアナフィラキシーといいます。その中でも、血圧が低下して意識の低下や脱力を来たすような場合を、特にアナフィラキシーショックと呼びます。

※ この用紙は、記入がおわりましたら、近くの職員にお渡しください。

※ 1の質問に『はい』とお答えの方は、①『学校生活管理指導表』、②『記入例』、③手紙、の3点をお受取りください。

※ 伊丹市では「個人情報の保護に関する法律」に基づき、アレルギーに関して知り得た情報については、幼児児童生徒のアレルギー対応のために使用し、他の目的で使用することはありません。