

食物アレルギー・気管支ぜん息調査票

※全員記入をお願いします。

お子さんのお名前（ふりがな）	男・女	No. (就学時健康診断通知書に記載のもの)
保護者氏名	電話番号	※この内容について問い合わせる事以外に使用することはありません。

アレルギー（食物アレルギー・気管支ぜん息）がありますか？○で囲んでください。

A 食物アレルギーがある

B 気管支ぜん息がある

C ない

質問は以上で終了です。



A 食物 ア レ ル ギ ー が あ る	1. 医師から食物アレルギーの診断を受けたことがありますか？○で囲んでください。 ア 診断を受けたことがある（ 歳頃） →質問2へ イ 診断は受けていない →質問3へ
	2. そのとき、原因食物の除去が指示されましたか？○で囲んでください。 ア 指示された { 食品名 } →質問3へ イ 指示されていない →質問3へ
	3. 現在の状況を○で囲んでください。 ア 現在も配慮している { 食品名 } →質問4へ イ 今後、医療機関を受診予定である →質問4へ ウ 現在は配慮していない → 質問は以上で終了です。
	4. 学校生活（給食含む）において、学校での対応（管理、配慮）を希望しますか？○で囲んでください。 ア 希望します → 学校生活管理指導表（医師に記入していただく用紙）をお渡ししますので、医療機関の受診をお願いします。医師の診断に基づき、学校での対応を決定いたします。 イ 希望しません { 理由 }

B 気 管 支 ぜん 息 が あ る	1. 過去1年の気管支ぜん息の様子を教えてください。 { 発作の回数、服薬、通院状況等 }
	2. 学校生活において、学校での対応（管理、配慮）を希望しますか？○で囲んでください。 ア 希望します → 学校生活管理指導表（医師に記入していただく用紙）をお渡ししますので、医療機関の受診をお願いします。 イ 希望しません

学校記入欄
(学校で記入します)

管理指導表 配布（ 月 日） 受領（ 月 日）