

アレルギー疾患等に関する調査票

ふりがな 参加希望者氏名		男 ・ 女	ふりがな 保護者氏名	
-----------------	--	-------------	---------------	--

アレルギー疾患はありますか？ はい いいえ
※はいと回答した場合のみ、下記の質問にお答えください。

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 アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎
アレルギー性結膜炎 食物アレルギー
その他 ()

質問 1-2：アレルギー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、毛など 花粉 カビ
蜂毒 金属 食物
その他 ()

II 食物アレルギーの原因食物について (質問 1-2 で「食物」と答えた場合のみお答えください。)

質問 2-1：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 2-2：現在除去中の食物はありますか。 はい いいえ

食物名 ()

III アレルギーの症状について

質問 3-1：運動で症状を起こしたことはありますか。 はい いいえ

※「はい」と答えた場合のみ、下記の質問にお答えください。

- 食事との関連あり 食事との関連なし

質問 3-2：アナフィラキシーの経験はありますか。 はい いいえ

※「はい」と答えた場合のみ、下記の質問にお答えください。

アナフィラキシーになった原因は何ですか。

()

IV アレルギー症状及び対処法について

質問 4-1 : アレルギー症状及びその対処法 (応急処置) を教えてください。

原因物質名	症状/対処法
	症 状 : <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある ()
	対処法 : <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある ()
	症 状 : <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある ()
	対処法 : <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある ()
	症 状 : <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある ()
	対処法 : <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある ()
	症 状 : <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある ()
	対処法 : <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある ()
	症 状 : <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある ()
	対処法 : <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある ()
	症 状 : <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある ()
	対処法 : <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある ()

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に使用している薬はありますか。

はい いいえ ※「はい」と答えた場合、どのような薬ですか。

内服薬 : ()

吸入薬 : ()

外用薬 : ()

注射薬 : ()

その他 : ()

質問 5-2 : 「ゆめとびら体験塾」に持っていかせたい薬はありますか。 はい いいえ

薬剤名 : ()

質問 5-3 : お子様自身で、薬の管理、使用ができますか。 はい いいえ

※「いいえ」と答えた場合、具体的な管理方法は担当職員、看護師との相談が必要です。

VI 食事の対応について

質問 6-1 : アレルギーとの関連で食事について、何か配慮が必要ですか。 はい いいえ

※「はい」と答えた場合、具体的な管理方法は担当職員、調理者との相談が必要です。