

アレルギー状況確認書（保護者記入）

_____ 小学校 _____ 学年(R7.4 現在) 記入者 _____ 記入日 ____ / ____ / ____
氏名 _____ 男・女（ ____ 歳） 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1.食物アレルギー

食物によるアレルギーの有無 なし あり(ありの場合は下記を記載ください)

アレルギーの種類[_____]

かかりつけの病院[_____]

除去している食品	除去の程度・方法	除去開始時期

アナフィラキシーショック症状を起こしたことがある（ _____ 回 _____ 歳の頃）
（病院名 _____ ）

- エピペン所持の有無 なし あり
●エピペン使用の有無 なし あり

【エピペン使用時の状況】

使用年月	状況（どのような状況で使用に至ったか）

【食べた時の症状】

吐き気・嘔吐・腹痛・下痢・赤発疹・じんま疹・顔面の腫れ・身体のかゆみ
喘息・結膜症状（充血・かゆみ・流涙・まぶたの腫れ）
その他の症状（ _____ ）

【薬使用の有無】 なし あり [薬品名 _____]

【症状の重症度と緊急時の対応】

--

裏面もご記入ください

2. 食物アレルギー以外のアレルギー

食物以外によるアレルギーの有無 なし あり(ありの場合は下記を記載ください)

アレルギーの種類[]

かかりつけの病院[]

アナフィラキシーショック症状を起こしたことがある (回 歳の頃)
(病院名)

●エピペン所持の有無 なし あり

●エピペン使用の有無 なし あり

【エピペン使用時の状況】

使用年月	状況 (どのような状況で使用に至ったか)

【症状】

赤発疹・じんま疹・顔面の腫れ・身体のかゆみ

喘息・結膜症状 (充血・かゆみ・流涙・まぶたの腫れ)

その他の症状 ()

【薬使用の有無】 なし あり [薬品名]

【症状の重症度と緊急時の対応】

--

3. 体質の特徴について

該当する項目がありましたらチェックをつけてください

<input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい	<input type="checkbox"/> 便秘をしやすい	<input type="checkbox"/> 下痢をしやすい	<input type="checkbox"/> よく熱を出す
<input type="checkbox"/> 吐きやすい	<input type="checkbox"/> 湿疹ができやすい	<input type="checkbox"/> じん麻疹ができやすい	
<input type="checkbox"/> その他			