

# 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			