**食物アレルギー調査票**

令和　　年　　月　　日提出

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **クラブ名** | **クラブ** | **生年月日** | | **年　　月　　日生** | | | |  |
|  | **男**  **女** |  | |  | | **続柄** |  |  |
| **学校名** |  | | | | | | |  |
| **緊急連絡先　１** | **自宅　　携帯** | | **緊急連絡先　２** | | **自宅　　携帯** | | |  |
| **かかりつけの**  **病院** |  | | | | | | |  |

**〇　食物アレルギー等の状態**

問１　食物アレルギーはありますか。　　　（はい ・ いいえ）

　　※いいえの方は　問8にお進みください。

問２　原因品目は何ですか（該当するものに〇をつけてください）

|  |  |
| --- | --- |
| 表示義務  7品目 | **卵　・　乳　・　小麦　・　落花生　・　えび　・　かに　・そば** |
| 表示推奨  2１品目 | **あわび　・　いか　・　オレンジ　・　キウイ　・　牛肉　・　クルミ　・さけ　・さば　・　ゼラチン　・　大豆　・　鶏肉　・　バナナ　・　豚肉**  **まつたけ　・　もも　・　やまいも　・　りんご　・　ごま　・　カシューナッツ　・　アーモンド　・　いくら** |
| その他  （上記以外） |  |

問３　問2を記入された方に伺います。原因品目を食した時に現れる症状はどのようなものですか。

　　　例（　　　卵　　　）　〈　　かゆみ　　〉　（　　　　　　）　〈　　　　　　　　〉

　　　　（　　　　　　　）　〈　　　　　　　〉　（　　　　　　）　〈　　　　　　　　〉

　　　　（　　　　　　　）　〈　　　　　　　〉　（　　　　　　）　〈　　　　　　　　〉

問4　問１で食物アレルギーがあると回答された方に伺います。

　　　医師の診察・検査により食物アレルギーと診断されていますか。（はい　・　いいえ）

問5　問4で「はい」と回答された方に伺います。

最後に受診した時期：　　　　　年　　月　　日

医療機関への受診頻度：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

問6　アレルゲンが特定されており、医師から食事療法を指示されていますか。（はい ・ いいえ）

問7　家庭での食事で対応食品目（卵・乳・落花生など）を除去等していますか。

　　　（はい　・いいえ）

問8　アナフィラキシー状態になったことがありますか。　　（はい　・　いいえ）

　　　　・回数　　回（直近の発症年月日：　　　年　　　月　　　日）

　　　　・原因　　　□　食物　　□　昆虫刺傷　　　□ラテックス（天然ゴム）　　□運動

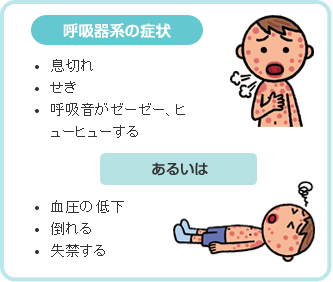
　　　　・症状　　□かゆみ　　□じんましん　　□腹痛　　□嘔吐　　□喘鳴（ぜいぜいする）

　　　　　□その他（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※アナフィラキシー状態とは

突然（数分～数時間）、皮膚や粘膜の症状があらわれ、さらに、呼吸器系の症状あるいは

血圧の低下などのうち少なくとも1つの症状がある場合



※いいえの方は問10に進んでください。

問9　問8でアナフィラキシー状態になったことがあると回答した方に伺います。

　アナフィラキシー状態の中でも特に重篤な血圧低下による意識の低下や、脱力を伴うアナフィラキシー状態になったことはありますか。　　　　（はい　・　いえ）

　　　　・回数　　　　回（直近の発症年月日　　　　年　　月　　日）

　　　　・原因　　□食物　　□昆虫刺傷　　□医薬品　　□ラテックス（天然ゴム）□運動

　　　　・症状　　□呼吸困難　　□血圧低下　　□意識喪失　　□呼吸停止

　　　　　　　　□その他（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

問10　普段、学校に持ってきている薬はありますか。　　（はい　・　いいえ）

　　　　□内服薬　　□外用薬　　□吸入薬　　□エピペン

　　　　　　　　　その他（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

問11　アレルゲンが特定されており、医師から食事療法を指示されていますか。（はい ・ いいえ）

問12　家庭での食事で対応食品目（卵・乳・落花生など）を除去等していますか。

　　　（はい ・ いいえ）

質問は以上です

**ご協力いただきありがとうございました**