

アレルギーに関する調査票

名前 _____ 男・女 平成・令和 年 月 日生 岩泉町立 小学校 年 (R6.4.1時点)

病型・治療		クラブ生活上の留意点	緊急連絡先
アナフィラキシー・食物アレルギー	A. 食物アレルギー病型 (食物アレルギーありの場合のみ記載) 1. 即時型 2. 口腔アレルギー症候群 3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー	A. おやつ 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定	【保護者】 電話番号
	B. アナフィラキシー病型 (アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載) 1. 食物 (原因: _____) 2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 3. 運動誘発アナフィラキシー 4. 昆虫 5. 医薬品 6. その他 (_____)	B. 食物・食材を扱う活動 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定	【連絡医療機関】 医療機関名 電話番号
	C. 原因食物・診断根拠 ※該当する食品の番号に○をし、かつ<<>>内に診断根拠を記載 1. 鶏卵 << >> 2. 牛乳・乳製品 << >> 3. 小麦 << >> 4. ソバ << >> 5. ピーナッツ << >> 6. 種実類・木の実類 << >> 7. 甲殻類 (エビ・カニ) << >> () 8. 果物類 << >> () 9. 魚類 << >> () 10. 肉類 << >> () 11. その他1 << >> () 12. その他2 << >> ()	C. 運動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定	
	D. 緊急時に備えた処方薬 1. 内服薬 { _____ } 2. アドレナリン自己注射薬 (「エピペン®」) 3. その他 { _____ }	D. その他の配慮・管理事項 (自由記載)	
その他のアレルギー疾患の有無	気管支ぜん息 クラブ生活上の留意点 有・無	アトピー性皮膚炎 クラブ生活上の留意点 有・無	アレルギー性鼻炎 クラブ生活上の留意点 有・無
			アレルギー性結膜炎 クラブ生活上の留意点 有・無

【診断根拠】該当するもの全てを<<>>内に記載
 ①明らかな症状の既往
 ②食物負荷試験陽性
 ③IgE抗体等検査結果陽性

*放課後児童クラブにおける日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を施設職員全員で共有することに同意します。

令和 年 月 日

保護者署名 _____