（例４）

アレルギー疾患に関する調査票（食物アレルギー以外）

学校名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記入年月日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| 学年・組・番号 | 年　　　組（　　　番） | 性別 | 生年月日 |
| ふりがな |  |  | 平成・令和　年　 月 　日  （４月１日現在　　　　歳） |
| 児童生徒氏名 |  |
| 記入者 | （続柄　　　　　　　） | | |

※　次の質問を読み、当てはまるものにチェックをし、必要に応じて具体的に記入してください。

**Ⅰ　アレルギー疾患について**

１　罹っているアレルギー疾患は何で、いつ発症しましたか。

□　気管支ぜん息 （　　 歳　 　か月発症）

□　アトピー性皮膚炎 　（　　 歳　 　か月発症）

□　アレルギー性鼻炎　 （　 　歳　 　か月発症）

□　アレルギー性結膜炎 （　 　歳　 　か月発症）

□　その他（　　　　　　　　　　 　　　　　）（　 　歳　　か月発症）

２　現在除去している（避けている）アレルゲンはありますか。

　　　　□　ない　　　□　ある（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３　２で「ある」の場合

（１）除去の開始時期 （　 　歳　 　か月頃）

（２）判断した者

　　　　□　医師（医療機関・診療科名：　　　　　　 　　　　　　）

　　　　□　保護者

　　　　□　その他

**Ⅱ　アレルギー疾患の具体的な症状について**

１　今までに現れたすべての症状を教えてください。

（１）気管支ぜん息

　　　　□　せき　 □　ぜん鳴（ゼーゼーいう） □　せき込みおう吐　 □　呼吸困難

　　　 □　チアノーゼ（唇や爪が青白い） □　意識低下　 □　入院（が必要な発作）

　（２）アトピー性皮膚炎

　　　　□　皮膚の乾燥のみ 　 　　　□　湿疹　　　 □　とびひの合併

　　　　□　運動後・汗をかいた後の湿疹の悪化　　　　　　 □　入院（が必要な湿疹）

（３）アレルギー性鼻炎

　　　　□　くしゃみ 　□　鼻水 　 □　鼻づまり 　□　呼吸困難

（４）アレルギー性結膜炎

　　　　□　目の痒み　 □　目の痛み 　□　まぶたの腫れ □　春季カタル

（５）その他

　　　　□　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２　運動後に症状が出たことがありますか。

　 　　□　なし　 　□　ある（発症時の状況と症状：　　　　　　　　　　　　）

※　症状が出た時の対応について

□　受診していない

☞□　安静のみ　　□　気管支拡張薬の吸入　　□　内服薬

□　受診した（診断名：　　　　　　　）

☞□　安静のみ 　□　気管支拡張薬の吸入　 □　内服薬

□　点滴 　　　□　入院

**Ⅲ　緊急時に備えた処方薬について**

１　薬（内服薬・吸入薬・点鼻薬・点眼薬・軟こう）について

（１）処方を受けていますか

　　　　□　いいえ

　　　　□　はい（下表に記入）

（２）（１）で「はい」と答えた場合、下表に記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 処方薬名 | 用途（どのようなときに使用するのか） | 学校への携帯 |
| (例)メプチン吸入 | ぜん息発作時に１回吸入 | ☑あり　□なし |
|  |  | □あり　□なし |
|  |  | □あり　□なし |
|  |  | □あり　□なし |

２　エピペンⓇ（アドレナリン自己注射薬）について

（１）処方を受けていますか。

　　　　□　いいえ

　　　　□　はい

（２）（１）で「はい」と答えた場合

　　　①　何に対するアレルギー（食物以外）ですか。（　　　　　　　　　　　　　 　　　　　）

　　　②　今までにエピペンⓇを使用した回数 （　　　　　回）

　　　③　最後にエピペンⓇを使用した時の状況

　　　　最終使用年月日　平成・令和　　年　　月　　日

　　　　状況

　　　　場所　□　自宅　 □　学校　（　　　　　） 　□　その他（　　　 　　　　 ）

　　　　投与した人

**Ⅳ　その他**

　　お子様のアレルギー疾患について、心配なことがありましたら御記入ください。

運動、給食、宿泊を伴う学校行事等