様式5-1　　令和　　年度　アレルギー疾患事前調査票

三原市立　　学校　年　　組　児童等氏名	
（生年月日　　令和　　年　　月　　日）	

【食物アレルギー・アナフィラキシー用】

1　管理指導表に「アナフィラキシー」ありの場合は、記入してください。

※アナフィラキシーとは、以下の症状が複数同時にかつ急激に強く出現した状態をいいます。

じんましんなどの皮膚症状、腹痛や嘔吐などの消化器症状、咳・ゼーゼー・呼吸困難などの呼吸症状

年齢	原因物質	症状（直近のものから記入）	ショック
			有　・　無
			有　・　無
			有　・　無
			有　・　無

2　処方薬の内容と保管場所（管理指導表に記載されている処方薬について記入してください）

内服薬：（　　）　軟膏：（　　） 保管場所　□　本人保管（　　）　□　学校保管希望
エピペン®：　保管場所　□　本人保管（　　）　□　学校保管希望
使用上の注意（服薬時期等）

3　原因食品と摂取後の具体的な症状・対応手順

原因食品	症状	対応手順等	最終既往年月等
例<卵>	口の中がかゆくなる⇒治まらない⇒強くなる	口をすすぐ⇒A薬を飲む⇒B薬を塗る	○年○月（○歳頃）

4　経口免疫療法（減感作療法）　□　している　（食品名　　）　□　していない

5　家庭における対応の程度（食事・外食・おやつについて注意していることなど）

※裏も記入ください。

６ 学校生活上の留意点

A　給食		
食物アレルギー配慮	□　希望する	□　希望しない
毎月の献立表の配布	□　希望する	□　希望しない
B　食物・食材を扱う授業・活動		
□　希望する　（　対応内容　　）		□　希望しない
C　運動（体育・部活動等）		
□　希望する　（　対応内容　　）		□　希望しない
D　宿泊を伴う郊外活動		
□　希望する　（　対応内容　　）		□　希望しない
E　原因食物を除去する場合により厳しい除去が必要なもの		
□　希望する　（　対応内容　　）		□　希望しない
F　その他の配慮・管理事項		

【食物アレルギー以外】気管支ぜん息・アトピー性皮膚炎・ｱﾚﾙｷﾞｰ性結膜炎・ｱﾚﾙｷﾞｰ性鼻炎

１ 原因物質

２ 発症時の症状

３ 緊急時の対応

４ 処方薬の内容と保管場所（管理指導表に記載されている処方薬について記入してください）

内服薬：（　　）	軟膏：（　　）
吸入薬：（　　）	
保管場所　□　本人保管（　　）	□　学校保管希望
使用上の注意（服薬時期等）	

５ 学校生活上の留意点

※ 緊急時の連絡先（必ず記入ください）

	氏名	本人との関係	電話番号
緊急時連絡先			

医療機関	医療機関名	医師名	医療機関住所	電話番号
かかりつけ医				
緊急時				