

アレルギー疾患調査票

保護者氏名 _____
 (ふりがな)
 園児名 _____
 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

この調査票は、お子さまのアレルギー疾患の状況をお知らせいただくものですので、保護者の方がご記入ください。
 必要に応じて、後日「アレルギー疾患生活管理指導表」をご提出いただくことがあります。

1 お子さまにアレルギー疾患がある場合は、疾患名をご記入ください。

<アレルギー疾患名>

--

2 以下の項目に該当する症状がある場合は、○印をご記入ください。

<花粉症>

管理指導表の提出が望ましい例	その他
<input type="checkbox"/> 内服ステロイドを3日以上連続している <input type="checkbox"/> 花粉シーズンの間、屋外活動に参加しないよう主治医に指導されている <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 花粉飛散が多い日または、多い時期にマスクまたは、眼鏡等を着用したい <input type="checkbox"/> 鼻症状が強い間、園にティッシュ箱を置きたい <input type="checkbox"/> 点眼薬、点鼻薬、ステロイド以外の内服薬を使用している <input type="checkbox"/> 医療機関を受診するために遅刻または早退することがある <input type="checkbox"/> 花粉症の症状が強くて、屋外での活動が困難な日がある <input type="checkbox"/> 花粉飛散が多い時期に屋外での活動が困難な場合がある

<アトピー性皮膚炎>

管理指導表の提出が望ましい例	その他
<input type="checkbox"/> かゆみが強く、園での生活に集中できない <input type="checkbox"/> 特定の場所及び作業において、全身の湿疹が悪化する <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 保湿剤やステロイド外用などの処置をしている <input type="checkbox"/> 抗アレルギー薬などの内服をしている <input type="checkbox"/> 汗を拭くタオルや、かゆみをおさえるための保冷剤、着替え等の持参を要する <input type="checkbox"/> 動物との接触でかゆくなるため配慮してほしい <input type="checkbox"/> 医療機関を受診するため遅刻または早退することがある

<アレルギー性結膜炎>

管理指導表の提出が望ましい例	その他
<input type="checkbox"/> プールの際、ゴーグルを使用しても刺激で悪化するため、すべて見学したい <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎のため視力低下がある <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> プールの際、塩素の刺激をさけるため、ゴーグルの着用を認めてほしい <input type="checkbox"/> 花粉が多い日など、メガネやゴーグルの着用を認めてほしい

<気管支喘息>

管理指導表の提出が望ましい例	その他
<input type="checkbox"/> ほぼ毎月、喘息発作が起きるため、遅刻または欠席する <input type="checkbox"/> 内服ステロイドを必要とすることがある <input type="checkbox"/> 運動すると喘息発作が起きるため、屋外活動に参加しないことがある <input type="checkbox"/> 運動すると発作が起るため強い運動ができない <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 普段は喘息の薬を使用していないが、年に数回程度喘息の発作がでることがある <input type="checkbox"/> 普段から、または時々喘息の予防薬を使用しており、喘息の発作が年に数回以内である <input type="checkbox"/> マラソンなど、強い運動の最中に喘息発作が起きることがありしばらく休むと回復する <input type="checkbox"/> 医療機関を受診するため遅刻または早退することがある <input type="checkbox"/> 動物との接触やホコリ等の舞う環境で発作が起きるため配慮してほしい <input type="checkbox"/> 園外活動で発作が起きる可能性があるため配慮してほしい

<食物アレルギー>

管理指導表の提出が望ましい例	その他
<input type="checkbox"/> 給食に除去食を要する、または弁当持参を要する <input type="checkbox"/> 微量の摂取でもアナフィラキシーを起こす（注1） <input type="checkbox"/> エピペンの携行を必要とする（注2） <input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシーがある（注3） <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 毎回ではないが、時々じんましんなどの症状があるため、たくさん食べないようにしている <input type="checkbox"/> 食べ物によって、時々、口の中がかゆいなどの症状がでることがある

<アナフィラキシー（食物以外）>

管理指導表の提出が望ましい例	その他
<input type="checkbox"/> ハチなどの昆虫による刺傷、医薬品、ラテックス（天然ゴム）、または原因不明のものでアナフィラキシーを起こしたことがある。または起こす可能性が非常に高い <input type="checkbox"/> ハチアレルギーや薬物アレルギーのためにアドレナリン自己注射薬の携行を必要とする <input type="checkbox"/> その他	

(注1) アナフィラキシー

アレルギー反応により、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、ゼーゼー、呼吸困難などの呼吸器症状が、複数同時にかつ急激に出現した状態

(注2) アドレナリン自己注射薬

アナフィラキシーを起こす危険性が高く、万一の場合に直ちに医療機関での治療が受けられない状況下にいる者に対し、事前に医師が処方する自己注射薬

(注3) 食物依存性運動誘発アナフィラキシー

原因となる食物を摂取して2時間以内に一定量の運動をすることにより起こるアナフィラキシー症状

※ 「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」（財団法人日本学校保健会）より