

#### 4. アレルギーについて(ある・ない)※アレルギーが無い場合は、「ない」に○をしてください。

原因となる物	症状(○をして下さい)	学校での配慮	症状が出た時の対応
食品名	1.ブツブツが出る 2.のどがかゆくなる 3.息苦しくなる 4.気分が悪くなる 5.その他【 】	1.あり 【 】 2.なし	1.病院を受診する 2.経過観察 3.その他【 】
薬品名	1.ブツブツが出る 2.のどがかゆくなる 3.息苦しくなる 4.気分が悪くなる 5.その他【 】	1.あり 【 】 2.なし	1.病院を受診する 2.経過観察 3.その他【 】
その他	1.ブツブツが出る 2.のどがかゆくなる 3.息苦しくなる 4.気分が悪くなる 5.その他【 】	1.あり 【 】 2.なし	1.病院を受診する 2.経過観察 3.その他【 】
アナフィラキシーショック(血圧低下、呼吸困難、意識を失うなど)を起こしたことがありますか。		ない・ある(状況 )	
アレルギーで病院を受診した際、医師から、エピペンを処方されましたか (いいえ・はい)			
学校に持参しますか (いいえ・はい)			

#### 5. 現在、治療中または経過観察中の病気について※無い場合は、「なし」に○をしてください。

現在、治療中または経過観察中の病気 (なし・ある)
「ある」と答えた方は、現在、治療中又は経過観察をしている病気について、病名や病院名、治療状況をご記入下さい。
*病名①【 】
かかりつけ病院名①【 】 通院状況(週・月・年 回)
*病名②【 】
かかりつけ病院名②【 】 通院状況(週・月・年 回)
現在治療中の病気について、症状が出た場合の対応や運動制限・食事制限・薬の服用など、気をつけてほしい事がありますか。

#### 6. 現在の身体の様子について(平熱 °C)※お子さんの平熱を記入して下さい。

①~⑪の「ない」または「ある」、「いいえ」または「はい」、「ある」に○をつけ、必要事項を記入して下さい

① 喘息発作をおこすことがありますか	ない * ある 【最終発作 年 月】
② てんかん発作をおこすことがありますか	ない * ある 【最終発作 年 月】
③ アレルギー性結膜炎がありますか	ない * ある
④ アレルギー性鼻炎がありますか	ない * ある
⑤ アトピー性皮膚炎がありますか	ない * ある
⑥ 頭痛が起りやすいですか	いいえ * はい
⑦ 腹痛が起りやすいですか	いいえ * はい
⑧ 色の見分けがつかないことがありますか	いいえ * はい
⑨ 耳の聞こえで気になることがありますか	いいえ * ある(右・左)
⑩ じんましんが出やすいですか	いいえ * はい
⑪ 月経の時、痛みなどの随伴症状がある	いいえ * はい(症状: )
⑫ ひきつけを起こしたことがありますか	いいえ * はい 【年 月頃】
その他	