



#### 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」を○でかこんでください

原因となる物の名まえ	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.保護者に連絡する 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.保護者に連絡する 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.保護者に連絡する 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、「ない」を○でかこんでください

現在、治療中または経過観察中の病気 ( ある・ない )

「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・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。

①～⑫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ください

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 頭痛が起こりやすいですか	いいえ * はい	
⑦ 腹痛が起こりやすいですか	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 】
⑬ その他(お子様の健康状態や体質等、特に学校で配慮してほしいことがありましたら、ご記入ください。)		

#### 7. 運動器検診・結核検診・写真の掲載について

QRを読み取って全家庭、毎年回答をお願いします。回答後は右のチェック表に○をつけてください。



1年	2年	3年	4年	5年	6年