

7. アナフィラキシーの経験の有無

なし ・ あり (_____ 才頃 回数: _____ 回 原因: _____)

↓
アナフィラキシーを起こしたときの対応は？

8. 現在、アレルギー疾患の治療のために使用している薬の有無

なし ・ あり 内服薬 (_____) 外用薬 (_____)
吸入薬 (_____) その他 (_____)

・学校に携帯する薬の有無

なし ・ あり 薬名 (_____) 保管場所 (_____)
どんな時に使用 (_____)

9. 給食の対応について

- ・原因食品が給食に出たとき、自分で除去できるか できる ・ できない
- ・弁当または代替食を持参しますか する ・ しない
- ・牛乳停止を希望しますか する ・ しない
- ・詳しい使用食材の一覧表が必要ですか 必要 ・ 必要ない
- ・給食当番ではどのような配慮が必要ですか (_____)
- ・色つき・ふたつき食器の使用希望 (エピペン所有者のみ) 希望する ・ 希望しない

10. 食物以外のアレルギーはありますか ない ・ ある (_____)

11. 給食以外で学校生活・行事で配慮がいらいますか

いらない ・ いる (_____)