

食物アレルギーに関する調査表

关于食物过敏调查表

氏 名 姓 名	性 別 性別
	男・女

保 護 者 氏 名 家 長 姓 名

質問 1. 食物アレルギーはありますか。

提问 1. 有食物过敏吗？

() ない

没有

以上で終わります。

回答结束

() ある

有

以下の質問にお答えください。

请回答以下提问

質問 2. 食物アレルギーの原因となる食物は何ですか。

提问 2. 引起过敏的食物名称是什么？

()

質問 3. 現在、除去している食物はありますか。

提问 3. 目前是否有排斥的食物？

() ない

没有

() ある 食品名 ()

有 食品名称

質問 4. 今まで、どのような症状が出ましたか。

提问 4. 迄今为止有何症状？

() じんましん

荨麻疹

() 下痢

腹瀉

() 吐き気

恶心

() アナフィラキシーショック

过敏性休克

() その他 ()

其他 ()

学年・組 年級・班	記入日 填写日期	保護者印 家长印
1 年 組 1 年級 班		
2 年 組 2 年級 班		
3 年 組 3 年級 班		
4 年 組 4 年級 班		
5 年 組 5 年級 班		
6 年 組 6 年級 班		

提问 5. 排斥的食品是由医生判断的吗?

- 質問6. エピペン®を処方されていますか。

提问 6. 医生有无开肾上腺素 (EpiPen®) 处方?

- 何本処方されていますか。(本)
- 医生处方开了几支? (支)
- どこに保管していますか。() 家庭に保管している
- () 学校に保管している
- () 本人が携帯している
- () その他
- 保管在哪里? () 保管在家里
- () 保管在学校
- () 学生随身携带
- () 其他

質問7. エピペン®以外で、アレルギーに関係して学校に持参する必要のある薬がありますか。

提问 7. 除肾上腺素 (EpiPen®) 以外, 有无其他需要带到学校的过敏性药物?

- () ない
没有
- () ある 薬品名 ()
有 药 名

質問 8. 学校での食物アレルギーに対する取組を希望しますか。

提问 8. 希望学校在食物过敏方面采取措施吗?

- () 希望しない
不希望
- () 希望する
希望

質問 9. その他、心配なことがありましたらお書きください。

提问 9. 其他 若有任何担心的事请写在下面。