## 食物アレルギーに関する調査表 Questionnaire on Food Allergy

氏 名 Student Name	性 別 Sex	保 護 者 氏 名 Guardian's Name
	男・女 M・F	

記入日

Date of

filling in

学年・組

Grade · Class

1年

First-year Class

組

保護者印

Guardian's

seal(Hanko)

	2 年	組	
	Second-year Class		
質問 1. 食物アレルギーはありますか。	3 年	組	
Q1. Do you have a food allergy?	Third-year Class		
( ) ない 🔀 以上で終わりです。	4 年	組	
No End of the questionnaire	Fourth-year Class		
(  )ある	5 年	組	
Yes	Fifth-year Class		
	6年	組	
以下の質問にお答えください。	Sixth-year Class		
Answer the following questions.			
質問2.食物アレルギーの原因となる食物は何ですか。			
Q2. What food is the cause of the food allergy?			
(			

	法している食物は food you are refra		
( )な	•	iiiiig ii oiii odaiiig i	
, , ,	lone		
( ) <b>a</b>	ある 食品名(	)	
Ye	es Food Name		
質問4.今まで、	どのような症状が	出ましたか。	
Q4. What kind of	of symptoms have y	ou suffered before?	•
( )じ	んましん (	)下痢  (	)吐き気
F	Rash (Hives)	Diarrhea	Nausea

<ul><li>( ) アナフィラキシーショック Anaphylactic Shock</li><li>( ) その他 Others ( )</li></ul>	
質問 5. 食物を除去しているのは、医師の指示ですか。 Q5. Is your refraining from some food directed by a doctor?  ( ) 医師の指示による	
質問6.エピペン <sup>®</sup> を処方されていますか。 Q6. Are you prescribed EpiPen? ( )いない No	
( )いる Yes	
質問 7. エピペン <sup>®</sup> 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。 Q7. Do you have any other medicines for allergy to need to bring to school other than EpiPer ( ) ない No ( ) ある 薬品名( ) Yes Medicine Name	
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。 Q8. Do you hope some kind of measures to grapple with food allergy for school? ( )希望しない No ( )希望する Yes	
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。 Q9. If you have any concerns, put them down here.	