

食物アレルギーに関する調査表

Investigación de alergia alimentaria

氏名 Nombre	性別 Género
	男・女 M・F

保護者氏名 Nombre del padre o tutor

学年・組 Grado, Clase	記入日 Fecha	保護者印 Sello de los padres
1年組 1er grado clase		
2年組 2do grado clase		
3年組 3er grado clase		
4年組 4to grado clase		
5年組 5to grado clase		
6年組 6to grado clase		

質問1. 食物アレルギーはありますか。
¿Tiene alergia a algún alimento?
 ない ⇨ 以上で終わりです。
 No, tiene Si contesta "no", aquí terminó.
 ある
 Sí, tiene



以下の質問にお答えください。

Conteste las siguientes preguntas por favor.

質問2. 食物アレルギーの原因となる食物は何ですか。

¿Qué alimentos le causan alergia?

()

質問3. 現在、除去している食物はありますか。

¿Actualmente no ingiere algún alimento por que le hace daño?

ない No

ある Si 食品名 nombre del alimento ()

質問4. 今まで、どのような症状が出ましたか。

¿Hasta ahora, qué síntomas ha tenido?

じんましん Urticaria 下痢 Diarrea 吐き気 Náuseas

アナフィラキシーショック Shock de anafilaxia

その他 Otros ()

質問5. 食物を除去しているのは、医師の指示ですか。

¿No puede ingerir algún alimento? . ¿Es por instrucción médica?

- () 医師の指示による
Por instrucción médica
- () 医師の指示ではなく、保護者の判断による
Por decisión de los padres
- () その他 ()
Otros motivos

質問6. エピペン®を処方されていますか。

¿Le han recetado Epipen en el hospital?

() いない

No

() いる

Sí

何本処方されていますか。() 本)

¿Cuál es la cantidad de la dosis? () frascos)

どこに保管していますか。() 家庭に保管している

¿Dónde lo guarda? En casa

() 学校に保管している

En la escuela

() 本人が携帯している

La tiene el estudiante

() その他

En otro lugar

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

¿Tiene algún medicamento antialérgico aparte del Epipen, que necesite llevar a la escuela?

() ない No

() ある Sí 薬品名 Nombre del medicamento ()

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。

¿Desea recibir una consulta de alergia alimenticia en el colegio?

() 希望しない No deseo

() 希望する Deseo

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。

Por favor, escriba si tiene alguna otra preocupación.

()