


さいたま市 食物アレルギー事前チェックシート

記入者: _____ (続柄: _____)

フリガナ

名前: _____ 男・女 平成 年 月 日生 (歳) 学校名 _____ (年)

1 摂取することが心配な食物・摂取状況・理由

	摂取することが心配な食物 	摂取状況 ◎△×のいずれかを記入 食べている範囲を記入 ◎:制限なく食べている △:ある程度食べている ×:全く食べていない	理由 該当するもの全てを記入 ①明らかな症状の既往 ②食物経口負荷試験陽性 ③IgE抗体等検査結果陽性 ④未摂取
	記入例 鶏卵	△ 加熱鶏卵は食べている	① ③
1	鶏卵		
2	牛乳・乳製品		
3	小麦		
4	ソバ		
5	ピーナッツ		
6	種実類・木の実類 (すべて・クルミ・アーモンド・ごま・その他)		
7	甲殻類 (エビ・カニ)		
8	果物類 (キウイ・バナナ・その他)		
9	魚類 (すべて・サバ・サケ・その他)		
10	肉類 (鶏肉・牛肉・豚肉・その他)		
11	その他1 ()		
12	その他2 ()		

2 アナフィラキシーの既往

過去にアナフィラキシーの既往 (有 ・ 無)	「有」の場合、原因を記載してください。(原因: _____)
-----------------------------	---------------------------------

3 緊急時に備えた処方薬

内服薬 (有 ・ 無)	「有」の場合、薬剤名を記載してください。(薬剤名: _____)
吸入薬 (有 ・ 無)	「有」の場合、薬剤名を記載してください。(薬剤名: _____)
エピペン® (有 ・ 無)	いずれかにチェック (レ) をしてください。 □自宅のみに保管 □学校に保管を依頼 □自宅と学校に保管



「食物アレルギー事前チェックシート」について

学校給食における食物アレルギー対応連絡協議会 さいたま市教育委員会

初めて医療機関で「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」を書いていただく場合や、医療機関を変更する場合は、診察がスムーズに進むように、保護者の方がわかる範囲で「食物アレルギー事前チェックシート」を記入し、医療機関に持参されることをお勧めいたします。

なお、「食物アレルギー事前チェックシート」は、学校への提出は必要ありません。最終的な除去の必要性は、医師により診断されます。医師に正確に状況を伝えるために役立ててください。

1 摂取することが心配な食物・摂取状況・理由

それぞれの食物について、自宅での摂取状況を記入してください。「制限なく食べている」というのは、集団生活で配膳される量や形態を十分食べられるということを意味します。なんらかの制限をしている場合には△とし、食べている範囲を「摂取状況」の欄に記入してください。

◎ 制限なく食べている △ ある程度食べている × 全く食べていない

△や×を記入した食物については、除去している理由①～④について、当てはまるものをすべて「理由」の欄に記入してください。

- ①明らかな症状の既往：原因食物の摂取により、明らかなアレルギー症状がみられた。
- ②食物経口負荷試験陽性：食物経口負荷試験により症状が誘発された。
- ③IgE抗体等検査結果陽性：血液検査や皮膚テスト等のアレルギー検査が陽性である。
- ④未摂取：今までにその食物を食べた経験がない。

③④のみで除去している場合には、除去の必要性について医師と相談しましょう。
食べた事がない食物を、給食で初めて食べることをないようにしましょう。

2 アナフィラキシーの既往

過去にアナフィラキシーの既往がある場合には、「有」に○を選択してください。
アナフィラキシーとは「複数の臓器にわたり重篤な症状がみられた」場合を意味します。じんましんだけがみられるものは含まれません。



3 緊急時に備えた処方薬

緊急時に備えた医薬品を処方されている場合には、記入してください。

学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)の[緊急時連絡先]連絡医療機関名について

アナフィラキシーの既往がある場合やエピペン®を所持している場合は、症状がみられた際に、学校からすぐに受診できる医療機関かを確認した上で、主治医に記入をお願いしてください。