

## 健 康 状 態 申 告 書 (兼アレルギー疾患に関する調査票)

記 入 年 月 日 令和 年 月 日 児 童 氏 名 \_\_\_\_\_ 性別  
 保 護 者 氏 名 \_\_\_\_\_ 男・女

入所を希望する上記の児童について、次のとおり健康状態を申告します。

## 健康状態について

I お子さんは、健康ですか。  はい  いいえ  
 ※「いいえ」と答えた場合のみ、健康状態、病名等や注意事項を詳しく記入してください。

-----  
 -----  
 -----

II 障害者手帳または療育手帳を交付されていますか。  はい  いいえ  
 ※「はい」と答えた場合のみ、障害名、障害の状態、障害の級、注意事項等を詳しく記入してください。

-----  
 -----  
 -----

## アレルギー疾患について

III アレルギー疾患がありますか。  はい  いいえ  
 ※「はい」と答えた場合のみIII-①～②の質問に答えてください。

III-① アレルギー疾患は何ですか。

- 気管支炎  アレルギー性鼻炎  アトピー性皮膚炎  
 アレルギー性結膜炎  食物アレルギー  
 その他 ( )

III-② アレルギー症状を引き起こす原因は何ですか。

- ダニ  ハウスダスト  ペットのフケ、毛等  花粉  カビ  蜂毒  
 食物(種類は質問IV)  ラテックス(天然ゴム)  金属  
 その他 ( )

## 食物アレルギーについて

IV 食物アレルギーはありますか。  はい  いいえ  
 ※ はいと答えた場合のみIV-①～⑥の質問に答えてください。

IV-① 食物アレルギーを起こす原因食物はなんですか。

食物名 : ( )

IV-② 現在、除去中の食べ物はありますか。

いいえ  はい ( 食物名 : )

IV-③ 除去食はどなたが判断しましたか。

医師  保護者  その他 ( )

IV-④ 過去に除去食を行っていたが、現在食べられるようになった食物はありますか。

いいえ  はい ( 食物名 : )

IV-⑤ アレルギー検査を受けたことはありますか。また、検査結果はどうでしたか。

いいえ  はい ⇒ 結果 (陽性の食物名 : )

IV-⑥ 原因食物を摂取後、どのような症状が起りますか。

食物名	症 状	
卵	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> ある (具体的症状: )
牛 乳	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> ある (具体的症状: )
小 麦	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> ある (具体的症状: )
	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> ある (具体的症状: )
	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> ある (具体的症状: )

#### アレルギーの症状について

V 運動でアレルギー症状をおこしたことはありますか。  はい  いいえ  
※ はいと答えた場合のみV-①の質問に答えてください。

V-① 食事との関連はありますか。  食事との関連あり  食事との関連なし

VI アナフィラキシーの経験はありますか。  はい  いいえ  
※ はいと答えた場合のみVI-①の質問に答えてください。

VI-① 食事との関連はありますか。  食事との関連あり  食事との関連なし

#### 【アナフィラキシーとは】

食物、薬物、蜂刺されなどが原因で発生する全身性の急性アレルギー反応で、急激な症状悪化から死に至る可能性もある重篤なアレルギー反応です。  
アナフィラキシーでよくみられる症状として、じん麻疹、呼吸困難、腹痛、嘔吐、下痢及び血圧低下を伴うショック等があります。

#### 投薬について

VII 現在、慢性の病気やアレルギー疾患の治療のため、使用している薬はありますか。  
 はい  いいえ  
※ はいと答えた場合のみVII-①の質問に答えてください。

VII-① どのような薬を使用していますか。

内 服 薬 : ( )  
吸 入 薬 : ( )  
外 用 薬 : ( )  
注 射 薬 : ( )  
そ の 他 : ( )

#### その他の

健康状態やアレルギー疾患の他に、気になる点や注意事項がありましたら、記入してください。

---

---