

(裏面に続きます)

問5. 日常的に持ち歩いている薬がありますか？

はい ・ いいえ （→いいえの方は問6へ）

・ 薬の種類は？ ☐内服薬 ☐外用薬 ☐吸入薬 ☐エピペン
☐その他（ ）

問6. 医師の診察・検査により食物アレルギーと診断されていますか？

はい ・ いいえ （→いいえの方は問10へ）

問7.問6について、定期的に医師の診察を受ける必要がありますか？

はい ・ いいえ （→いいえの方は問8へ）

・ 受診頻度は？ ☐1か月 ☐3か月 ☐半年 ☐1年
☐その他（ ）

問8. アレルゲンが特定されており、医師から食事療法等の指示を受けていますか？

はい ・ いいえ

問9. ご家庭での食事で特定品目を除去等していますか？

はい ・ いいえ

問10. ご相談事項やその他の問い合わせはこちらへご記入ください。

以上で設問は終わりです。

☐ 記載内容に相違なく、食物アレルギーに関する基本方針に同意します。
（内容をご確認の上、☒をしてください）

記入日 年 月 日

中学・高校 年

生徒氏名

保護者氏名

印