

このアンケートは健康診断の当日、受付に御提出ください。

アレルギー疾患への対応に関するアンケート

健康診断会場：_____ 小学校

※ 会場校名・氏名を御記入ください。

ふりがな

お子様の氏名：_____ 保護者氏名：_____

Q 1 これまでに「主治医」や健康診断を担当した「医師」から、お子様に重いアレルギー症状があると言われたことがありますか？ a または b に○をつけてください。

※ 重いアレルギー症状であるかどうかは、学校において配慮・管理が必要であるかどうかで判断します。症状が軽い物（軽度の花粉症など）は除きます。

重いアレルギー症状がある（Q2に進む）

a (または、症状はあるが学校での配慮・管理が必要か不明)



b ない
↓

これでアンケートは終了です。

Q 2 該当するアレルギー疾患の種類に○をつけてください（複数回答可）

a 食物アレルギー b アナフィラキシー c 気管支喘息 d アトピー性皮膚炎
e アレルギー性結膜炎 f アレルギー性鼻炎 g その他（ ）

Q 3 「アレルギー疾患用学校生活管理指導表」の利用希望をおたずねします。

下記事項にチェック☑の上、a、b または c に○をつけてください。

- ☐ 管理表は医師が作成します。また、費用は保護者様の負担となります。
- ☐ この管理表を利用した取組は強制ではありません。希望する方のみが対象です。
ただし、学校給食における除去食などを希望する場合はこの管理表の提出が必要です。
- ☐ この管理表を利用した取組は、重いアレルギー症状を持つ方が対象となります。
利用を希望する場合でも、医療機関にしばらく行っていない場合や、症状はあってもまだ専門医を受診したことがない方、症状的に必要かどうかの判断が難しい方は、必ず主治医や専門医を受診し、この管理表が必要かどうかを御相談ください。
- ☐ 管理表は、学校の教職員全員が確認することができる場所に保管されます。
- ☐ 学校を通して、管理表の写しが教育委員会に提出されます。
- ☐ 管理表は、入学の時だけでなく、必要が無くなるまで毎年作成し、学校に提出することになります（症状が変わらない場合も毎年作成・提出が必要です。）。

以上の注意事項を確認した上で、アレルギー疾患用学校生活管理指導表の利用を

a 「希望します」↓

b 「すでに利用しています」↓

c 「希望しません」（Q4に進む）

これでアンケートは終了です。

a「希望します」またはb「すでに利用しています」に○をつけた方には、「アレルギー疾患用学校生活管理指導表」の様式を12月上旬までに教育委員会から郵送予定です。



Q 4 管理表の交付及び利用を希望しない理由について御記入ください（自由回答）。

御協力ありがとうございました。