

㊫お子さまの疾患に関する調査票

該当する項目の□の中に「レ」を記入してください。

次の該当する疾患名にチェックをお願いします。

該当する疾患はありません。

アレルギー疾患

気管支ぜん息

アトピー性皮膚炎

アレルギー性結膜炎

アレルギー性鼻炎

動物アレルギー（種類： _____ ）

食物アレルギー・アナフィラキシー

（
・原因アレルゲン： _____
 どちらかを○で囲んでください
・エピペンの有無：無・有（いつから： _____）
・アナフィラキシー経験：無・有（時期： _____）
）

腎臓疾患（疾患名： _____）

心臓疾患（疾患名： _____）

その他（疾患名： _____）

学校での特別な管理・配慮等取り組みを希望しますか。

希望しない

希望する

記 入 日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

在籍小学校 _____ 立 _____ 小学校

お子さまの名前 _____

保護者氏名 _____

連絡先(電話番号) _____