（ポルトガル語）

重要性分類Ⅱ

**Questionário sobre Alergia Alimentar**

様式１－１

**Nome da escola:　　　　　　　 　小・中学校　 氏名 Nome do aluno:**

**食物アレルギー調査**

pw02areru04(2017)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Questionário sobre Alergia Alimentar食物アレルギー調査 | 1ª série: **1** 年 turma: 組 nº: 番Data de preenchimento:Ano: 年 Mês: 月 Dia: 日記入 | 2ª série: **2** 年 turma: 組 nº: 番Data de preenchimento:Ano: 年 Mês: 月 Dia: 日記入 | 3ª série: **3** 年 turma: 組 nº: 番Data de preenchimento:Ano: 年 Mês: 月 Dia: 日記入 |
| **■ Atualmente, seu filho tem algum tipo de alergia alimentar?** **お子さんは、現在、食物アレルギーがありますか。** | （　　）**SIM** → Responda as perguntas 1 a 6.ある→【質問１】～【質問６】へ（　　）**NÃO** ない | （　　）**SIM** → Responda as perguntas 1 a 6.ある→【質問１】～【質問６】へ（　　）**NÃO** ない | （　　）**SIM** → Responda as perguntas 1 a 6.ある→【質問１】～【質問６】へ（　　）**NÃO** ない |
| **【 Pergunta 1 質問１ 】**Circule todos os alimentos que lhe provoca alergia. アレルギーを起こす食品すべてに○をつけてください。 | Ovo de galinha鶏卵 ・ Leite牛乳 ・ Trigo小麦Camarãoえび ・ CaranguejoかにAmendoim落花生 ・ Outrosその他 ( ) | Ovo de galinha鶏卵 ・ Leite牛乳 ・ Trigo小麦Camarãoえび ・ CaranguejoかにAmendoim落花生 ・ Outrosその他 ( ) | Ovo de galinha鶏卵 ・ Leite牛乳 ・ Trigo小麦Camarãoえび ・ CaranguejoかにAmendoim落花生 ・ Outrosその他 ( ) |
| **【 Pergunta 2 質問２ 】**Entre os alimentos que circulou na pergunta 1, quais são os que atualmente não está consumindo, ou controla a quantidade que consome ou necessita preparar de modo especial. 質問１のうち、現在食べさせていない、もしくは量や調理法等を制限している食品があったらすべてに○をつけてください。 | Ovo de galinha鶏卵 ・ Leite牛乳 ・ Trigo小麦Camarãoえび ・ CaranguejoかにAmendoim落花生 ・Outrosその他 ( )Pode comer de tudo全て制限なく食べさせている | Ovo de galinha鶏卵 ・ Leite牛乳 ・ Trigo小麦Camarãoえび ・ CaranguejoかにAmendoim落花生 ・Outrosその他 ( )Pode comer de tudo全て制限なく食べさせている | Ovo de galinha鶏卵 ・ Leite牛乳 ・ Trigo小麦Camarãoえび ・ CaranguejoかにAmendoim落花生 ・Outrosその他 ( )Pode comer de tudo全て制限なく食べさせている |
| **【 Pergunta 3 質問３ 】**Os alimentos que circulou na pergunta 2, está eliminando ou controlando o consumo destes alimentos por indicação médica?質問２で、食品の除去や制限をしているのは医師の指示によるものですか。 | （　　）Sim, por indicação médica医師の指示によるものépoca da indicação〔Ano: 年Mês: 月頃の指示〕（　　）Não, por decisão dos pais保護者の判断によるもの（　　）Outrosその他 ( ) | （　　）Sim, por indicação médica医師の指示によるものépoca da indicação〔Ano: 年Mês: 月頃の指示〕（　　）Não, por decisão dos pais保護者の判断によるもの（　　）Outrosその他 ( ) | （　　）Sim, por indicação médica医師の指示によるものépoca da indicação〔Ano: 年Mês: 月頃の指示〕（　　）Não, por decisão dos pais保護者の判断によるもの（　　）Outrosその他 ( ) |
| **【 Pergunta 4 質問４ 】**Já teve reação \*anafilática?\* Anafilaxia, é uma reação alérgica rápida e agressiva em vários órgãos como: pele, sistema digestivo e sistema respiratório.今まで、＊アナフィラキシー症状を起こしたことがありますか。＊ 皮膚症状や消化器症状、呼吸器症状が複数同時にかつ急激に出現した状態 | （　　）**SIM** はいA última vez foi aos最近では( )才頃 anos de idade..Total de vezes: 合計( )回ぐらい（　　）**NÃO** いいえ | （　　）**SIM** はいA última vez foi aos最近では( )才頃 anos de idade..Total de vezes: 合計( )回ぐらい（　　）**NÃO** いいえ | （　　）**SIM** はいA última vez foi aos最近では( )才頃 anos de idade..Total de vezes: 合計( )回ぐらい（　　）**NÃO** いいえ |
| **【 Pergunta 5 質問５ 】**Atualmente, usa remédio ou EpiPen (epinefrina autoinjetável) prescrito pelo médico?現在、食物アレルギーのために薬やエピペンを処方されていますか。 | （　　）**NÃO** ない（　　）**Medicamentos** 薬 ( )（　　）**EpiPen** エピペン | （　　）**NÃO** ない（　　）**Medicamentos** 薬 ( )（　　）**EpiPen** エピペン | （　　）**NÃO** ない（　　）**Medicamentos** 薬 ( )（　　）**EpiPen** エピペン |
| **【 Pergunta 6 質問６ 】**Deseja solicitar cuidados especiais para alergia alimentar na escola?\* Para mais informações, leia o comunicado “Medidas para alunos com alergia alimentar”.学校での＊食物アレルギー対応を希望しますか。＊ 別紙「食物アレルギーを有するお子様の対応について」を参照 | （　　）**SIM** 希望する（　　）**NÃO** 希望しない\* Mesmo que marque “NÃO”, dependendo do caso, pode ser recomendado que passe por consulta médica.**※**「希望しない」でも、管理が必要な場合は、面談等で確認後、医師の診断をお勧めすることがあります。 | （　　）**SIM** 希望する（　　）**NÃO** 希望しない\* Mesmo que marque “NÃO”, dependendo do caso, pode ser recomendado que passe por consulta médica.**※**「希望しない」でも、管理が必要な場合は、面談等で確認後、医師の診断をお勧めすることがあります。 | （　　）**SIM** 希望する（　　）**NÃO** 希望しない\* Mesmo que marque “NÃO”, dependendo do caso, pode ser recomendado que passe por consulta médica.**※**「希望しない」でも、管理が必要な場合は、面談等で確認後、医師の診断をお勧めすることがあります。 |
|  | 保護者氏名 Nome do responsável:　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 保護者氏名 Nome do responsável:　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 保護者氏名 Nome do responsável:　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

重要性分類Ⅱ

（ポルトガル語）

様式１－２

**Questionário sobre Alergia Alimentar**

**Nome da escola:　　　　　　　　小・中学校　氏名 Nome do aluno:**

**食物アレルギー調査**

pw02areru04(2017)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Questionário sobre Alergia Alimentar食物アレルギー調査 | 4ª série: **4** 年 turma: 組 nº: 番Data de preenchimento:Ano: 年 Mês: 月 Dia: 日記入 | 5ª série: **5** 年 turma: 組 nº: 番Data de preenchimento:Ano: 年 Mês: 月 Dia: 日記入 | 6ª série: **6** 年 turma: 組 nº: 番Data de preenchimento:Ano: 年 Mês: 月 Dia: 日記入 |
| **■ Atualmente seu filho tem algum tipo de alergia alimentar?** **お子さんは、現在、食物アレルギーがありますか。** | （　　）**SIM** → Responda as perguntas 1 a 6.ある→【質問１】～【質問６】へ（　　）**NÃO** ない | （　　）**SIM** → Responda as perguntas 1 a 6.ある→【質問１】～【質問６】へ（　　）**NÃO** ない | （　　）**SIM** → Responda as perguntas 1 a 6.ある→【質問１】～【質問６】へ（　　）**NÃO** ない |
| **【 Pergunta 1 質問１ 】**Circule todos os alimentos que lhe provoca alergia. アレルギーを起こす食品すべてに○をつけてください。 | Ovo de galinha鶏卵 ・ Leite牛乳 ・ Trigo小麦Camarãoえび ・ CaranguejoかにAmendoim落花生 ・ Outrosその他 ( ) | Ovo de galinha鶏卵 ・ Leite牛乳 ・ Trigo小麦Camarãoえび ・ CaranguejoかにAmendoim落花生 ・ Outrosその他 ( ) | Ovo de galinha鶏卵 ・ Leite牛乳 ・ Trigo小麦Camarãoえび ・ CaranguejoかにAmendoim落花生 ・ Outrosその他 ( ) |
| **【 Pergunta 2 質問２ 】**Entre os alimentos que circulou na pergunta 1, quais os que atualmente não está consumindo, ou controla a quantidade que consome ou necessita preparar de modo especial. 質問１のうち、現在食べさせていない、もしくは量や調理法等を制限している食品があったらすべてに○をつけてください。 | Ovo de galinha鶏卵 ・ Leite牛乳 ・ Trigo小麦Camarãoえび ・ CaranguejoかにAmendoim落花生 ・Outrosその他 ( )Pode comer de tudo全て制限なく食べさせている | Ovo de galinha鶏卵 ・ Leite牛乳 ・ Trigo小麦Camarãoえび ・ CaranguejoかにAmendoim落花生 ・Outrosその他 ( )Pode comer de tudo全て制限なく食べさせている | Ovo de galinha鶏卵 ・ Leite牛乳 ・ Trigo小麦Camarãoえび ・ CaranguejoかにAmendoim落花生 ・Outrosその他 ( )Pode comer de tudo全て制限なく食べさせている |
| **【 Pergunta 3 質問３ 】**Os alimentos que circulou na pergunta 2, está eliminando ou controlando o consumo destes alimentos por indicação médica?質問２で、食品の除去や制限をしているのは医師の指示によるものですか。 | （　　）Sim, por indicação médica医師の指示によるものépoca da indicação〔Ano: 年Mês: 月頃の指示〕（　　）Não, por decisão dos pais保護者の判断によるもの（　　）Outrosその他 ( ) | （　　）Sim, por indicação médica医師の指示によるものépoca da indicação〔Ano: 年Mês: 月頃の指示〕（　　）Não, por decisão dos pais保護者の判断によるもの（　　）Outrosその他 ( ) | （　　）Sim, por indicação médica医師の指示によるものépoca da indicação〔Ano: 年Mês: 月頃の指示〕（　　）Não, por decisão dos pais保護者の判断によるもの（　　）Outrosその他 ( ) |
| **【 Pergunta 4 質問４ 】**Já teve reação \*anafilática?\* Anafilaxia, é uma reação alérgica rápida e agressiva em vários órgãos como: pele, sistema digestivo e sistema respiratório.今まで、＊アナフィラキシー症状を起こしたことがありますか。＊ 皮膚症状や消化器症状、呼吸器症状が複数同時にかつ急激に出現した状態 | （　　）**SIM** はいA última vez foi aos最近では( )才頃 anos de idade..Total de vezes: 合計( )回ぐらい（　　）**NÃO** いいえ | （　　）**SIM** はいA última vez foi aos最近では( )才頃 anos de idade..Total de vezes: 合計( )回ぐらい（　　）**NÃO** いいえ | （　　）**SIM** はいA última vez foi aos最近では( )才頃 anos de idade..Total de vezes: 合計( )回ぐらい（　　）**NÃO** いいえ |
| **【 Pergunta 5 質問５ 】**Atualmente, usa remédio ou EpiPen (epinefrina autoinjetável) prescrito pelo médico?現在、食物アレルギーのために薬やエピペンを処方されていますか。 | （　　）**NÃO** ない（　　）**Medicamentos** 薬 ( )（　　）**EpiPen** エピペン | （　　）**NÃO** ない（　　）**Medicamentos** 薬 ( )（　　）**EpiPen** エピペン | （　　）**NÃO** ない（　　）**Medicamentos** 薬 ( )（　　）**EpiPen** エピペン |
| **【 Pergunta 6 質問６ 】**Deseja solicitar cuidados especiais para alergia alimentar na escola?\* Para mais informações, leia o comunicado “Medidas para alunos com alergia alimentar”.学校での＊食物アレルギー対応を希望しますか。＊ 別紙「食物アレルギーを有するお子様の対応について」を参照 | （　　）**SIM** 希望する（　　）**NÃO** 希望しない\* Mesmo que marque “NÃO”, dependendo do caso, pode ser recomendado que passe por consulta médica.**※**「希望しない」でも、管理が必要な場合は、面談等で確認後、医師の診断をお勧めすることがあります。 | （　　）**SIM** 希望する（　　）**NÃO** 希望しない\* Mesmo que marque “NÃO”, dependendo do caso, pode ser recomendado que passe por consulta médica.**※**「希望しない」でも、管理が必要な場合は、面談等で確認後、医師の診断をお勧めすることがあります。 | （　　）**SIM** 希望する（　　）**NÃO** 希望しない\* Mesmo que marque “NÃO”, dependendo do caso, pode ser recomendado que passe por consulta médica.**※**「希望しない」でも、管理が必要な場合は、面談等で確認後、医師の診断をお勧めすることがあります。 |
|  | 保護者氏名 Nome do responsável:　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 保護者氏名 Nome do responsável:　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 保護者氏名 Nome do responsável:　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |