**Cuestionario sobre Alergia a Alimentos**

様式１－１

重要性分類Ⅱ

**Nombre de la escuela:　　　　　　　　小・中学校　氏名 Nombre del alumno:**

（スペイン語）

**食物アレルギー調査**

sw02areru04(2017)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cuestionario sobre alergia a alimentos  食物アレルギー調査 | Grado: **1** 年 Clase: 組 Nº: 番  Fecha que llenó el cuestionario:  Año: 年 Mes: 月 Día: 日記入 | Grado: **2** 年 Clase: 組 Nº: 番  Fecha que llenó el cuestionario:  Año: 年 Mes: 月 Día: 日記入 | Grado: **3** 年 Clase: 組 Nº: 番  Fecha que llenó el cuestionario:  Año: 年 Mes: 月 Día: 日記入 |
| **■ ¿Su hijo tiene alergia a alimentos**  **actualmente?**  **お子さんは、現在、食物アレルギーがありますか。** | （　　）**SÍ** → Pase a las preguntas 1 al 6.  ある→【質問１】～【質問６】へ  （　　）**NO** ない | （　　）**SÍ** → Pase a las preguntas 1 al 6.  ある→【質問１】～【質問６】へ  （　　）**NO** ない | （　　）**SÍ** → Pase a las preguntas 1 al 6.  ある→【質問１】～【質問６】へ  （　　）**NO** ない |
| **【 Pregunta 1 質問１ 】**  Marque con un círculo todos los alimentos que le causan alergia.  アレルギーを起こす食品すべてに○をつけてください。 | Huevo鶏卵 ・ Leche牛乳 ・ Trigo小麦  Camarónえび ・ Cangrejoかに  Maní落花生 ・ Otrosその他 ( ) | Huevo鶏卵 ・ Leche牛乳 ・ Trigo小麦  Camarónえび ・ Cangrejoかに  Maní落花生 ・ Otrosその他 ( ) | Huevo鶏卵 ・ Leche牛乳 ・ Trigo小麦  Camarónえび ・ Cangrejoかに  Maní落花生 ・ Otrosその他 ( ) |
| **【 Pregunta 2 質問２ 】**  (De la pregunta 1) Marque con un círculo todos los alimentos que actualmente no está consumiendo o está controlando la cantidad que consume y manera de preparar.  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。 | Huevo鶏卵 ・ Leche牛乳 ・ Trigo小麦  Camarónえび ・ Cangrejoかに  Maní落花生 ・ Otrosその他 ( )  Está comiendo de todo sin limitaciones  全て制限なく食べさせている | Huevo鶏卵 ・ Leche牛乳 ・ Trigo小麦  Camarónえび ・ Cangrejoかに  Maní落花生 ・ Otrosその他 ( )  Está comiendo de todo sin limitaciones  全て制限なく食べさせている | Huevo鶏卵 ・ Leche牛乳 ・ Trigo小麦  Camarónえび ・ Cangrejoかに  Maní落花生 ・ Otrosその他 ( )  Está comiendo de todo sin limitaciones  全て制限なく食べさせている |
| **【 Pregunta 3 質問３ 】**  (De la pregunta 2) ¿Está eliminando (o controlando el consumo de) estos alimentos por indicación del médico?  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。 | （　　）Por indicación del medico医師の指示によるもの  〔 Año: 年 Mes: 月頃の指示〕  （　　）Por criterio de los padres保護者の判断によるもの  （　　）Otrosその他 ( ) | （　　）Por indicación del medico医師の指示によるもの  〔 Año: 年 Mes: 月頃の指示〕  （　　）Por criterio de los padres保護者の判断によるもの  （　　）Otrosその他 ( ) | （　　）Por indicación del medico医師の指示によるもの  〔 Año: 年 Mes: 月頃の指示〕  （　　）Por criterio de los padres保護者の判断によるもの  （　　）Otrosその他 ( ) |
| **【 Pregunta 4 質問４ 】**  ¿Alguna vez ha presentado síntomas de \*anafilaxia?  \* Anafilaxia, es una reacción alérgica que aparece repentinamente atacando al mismo tiempo; piel, sistema digestivo o 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 | （　　）**SÍ** はい  La última vez fue a los:  最近では( )才頃 años de edad.  Total de veces: 合計( )回ぐらい  （　　）**NO** いいえ | （　　）**SÍ** はい  La última vez fue a los:  最近では( )才頃 años de edad.  Total de veces: 合計( )回ぐらい  （　　）**NO** いいえ | （　　）**SÍ** はい  La última vez fue a los:  最近では( )才頃 años de edad.  Total de veces: 合計( )回ぐらい  （　　）**NO** いいえ |
| **【 Pregunta 5 質問５ 】**  Actualmente, ¿tiene medicamentos o EPIPEN (epinefrina autoinyectable) por prescripción médica?  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。 | （　　）NO ない  （　　）Medicamentos 薬 ( )  （　　）EPIPEN エピペン | （　　）NO ない  （　　）Medicamentos 薬 ( )  （　　）EPIPEN エピペン | （　　）NO ない  （　　）Medicamentos 薬 ( )  （　　）EPIPEN エピペン |
| **【 Pregunta 6 質問６ 】**  Desea solicitar \*cuidados especiales para alergia a alimentos en la escuela?  \* Para más informaciones, lea el comunicado “Medidas para alumnos con alergia a alimentos”.  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 | （　　）**SÍ** 希望する  （　　）**NO** 希望しない  \* Así haya respondido que “NO”, podrán haber casos en que se le recomiende pasar 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。 | （　　）**SÍ** 希望する  （　　）**NO** 希望しない  \* Así haya respondido que “NO”, podrán haber casos en que se le recomiende pasar 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。 | （　　）**SÍ** 希望する  （　　）**NO** 希望しない  \* Así haya respondido que “NO”, podrán haber casos en que se le recomiende pasar 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 Nombre del padre: | 保護者氏名 Nombre del padre: | 保護者氏名 Nombre del padre: |

**Cuestionario sobre Alergia a Alimentos**

様式１－２

重要性分類Ⅱ

**Nombre de la escuela:　　　　　　　　小・中学校　氏名 Nombre del alumno:**

（スペイン語）

**食物アレルギー調査**

sw02areru04(2017)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cuestionario sobre alergia a alimentos  食物アレルギー調査 | Grado: **4** 年 Clase: 組 Nº: 番  Fecha que llenó el cuestionario:  Año: 年 Mes: 月 Día: 日記入 | Grado: **5** 年 Clase: 組 Nº: 番  Fecha que llenó el cuestionario:  Año: 年 Mes: 月 Día: 日記入 | Grado: **6** 年 Clase: 組 Nº: 番  Fecha que llenó el cuestionario:  Año: 年 Mes: 月 Día: 日記入 |
| **■ ¿Su hijo tiene alergia a alimentos**  **actualmente?**  **お子さんは、現在、食物アレルギーがありますか。** | （　　）**SÍ** → Pase a las preguntas 1 al 6.  ある→【質問１】～【質問６】へ  （　　）**NO** ない | （　　）**SÍ** → Pase a las preguntas 1 al 6.  ある→【質問１】～【質問６】へ  （　　）**NO** ない | （　　）**SÍ** → Pase a las preguntas 1 al 6.  ある→【質問１】～【質問６】へ  （　　）**NO** ない |
| **【 Pregunta 1 質問１ 】**  Marque con un círculo todos los alimentos que le causan alergia.  アレルギーを起こす食品すべてに○をつけてください。 | Huevo鶏卵 ・ Leche牛乳 ・ Trigo小麦  Camarónえび ・ Cangrejoかに  Maní落花生 ・ Otrosその他 ( ) | Huevo鶏卵 ・ Leche牛乳 ・ Trigo小麦  Camarónえび ・ Cangrejoかに  Maní落花生 ・ Otrosその他 ( ) | Huevo鶏卵 ・ Leche牛乳 ・ Trigo小麦  Camarónえび ・ Cangrejoかに  Maní落花生 ・ Otrosその他 ( ) |
| **【 Pregunta 2 質問２ 】**  (De la pregunta 1) Marque con un círculo todos los alimentos que actualmente no está consumiendo o está controlando la cantidad que consume y manera de preparar.  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。 | Huevo鶏卵 ・ Leche牛乳 ・ Trigo小麦  Camarónえび ・ Cangrejoかに  Maní落花生 ・ Otrosその他 ( )  Está comiendo de todo sin limitaciones  全て制限なく食べさせている | Huevo鶏卵 ・ Leche牛乳 ・ Trigo小麦  Camarónえび ・ Cangrejoかに  Maní落花生 ・ Otrosその他 ( )  Está comiendo de todo sin limitaciones  全て制限なく食べさせている | Huevo鶏卵 ・ Leche牛乳 ・ Trigo小麦  Camarónえび ・ Cangrejoかに  Maní落花生 ・ Otrosその他 ( )  Está comiendo de todo sin limitaciones  全て制限なく食べさせている |
| **【 Pregunta 3 質問３ 】**  (De la pregunta 2) ¿Está eliminando (o controlando el consumo de) estos alimentos por indicación del médico?  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。 | （　　）Por indicación del medico医師の指示によるもの  〔 Año: 年 Mes: 月頃の指示〕  （　　）Por criterio de los padres保護者の判断によるもの  （　　）Otrosその他 ( ) | （　　）Por indicación del medico医師の指示によるもの  〔 Año: 年 Mes: 月頃の指示〕  （　　）Por criterio de los padres保護者の判断によるもの  （　　）Otrosその他 ( ) | （　　）Por indicación del medico医師の指示によるもの  〔 Año: 年 Mes: 月頃の指示〕  （　　）Por criterio de los padres保護者の判断によるもの  （　　）Otrosその他 ( ) |
| **【 Pregunta 4 質問４ 】**  ¿Alguna vez ha presentado síntomas de \*anafilaxia?  \* Anafilaxia, es una reacción alérgica que aparece repentinamente atacando al mismo tiempo; piel, sistema digestivo o 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 | （　　）**SÍ** はい  La última vez fue a los:  最近では( )才頃 años de edad.  Total de veces: 合計( )回ぐらい  （　　）**NO** いいえ | （　　）**SÍ** はい  La última vez fue a los:  最近では( )才頃 años de edad.  Total de veces: 合計( )回ぐらい  （　　）**NO** いいえ | （　　）**SÍ** はい  La última vez fue a los:  最近では( )才頃 años de edad.  Total de veces: 合計( )回ぐらい  （　　）**NO** いいえ |
| **【 Pregunta 5 質問５ 】**  Actualmente, ¿tiene medicamentos o EPIPEN (epinefrina autoinyectable) por prescripción médica?  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。 | （　　）NO ない  （　　）Medicamentos 薬 ( )  （　　）EPIPEN エピペン | （　　）NO ない  （　　）Medicamentos 薬 ( )  （　　）EPIPEN エピペン | （　　）NO ない  （　　）Medicamentos 薬 ( )  （　　）EPIPEN エピペン |
| **【 Pregunta 6 質問６ 】**  Desea solicitar \*cuidados especiales para alergia a alimentos en la escuela?  \* Para más informaciones, lea el comunicado “Medidas para alumnos con alergia a alimentos”.  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 | （　　）**SÍ** 希望する  （　　）**NO** 希望しない  \* Así haya respondido que “NO”, podrán haber casos en que se le recomiende pasar 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。 | （　　）**SÍ** 希望する  （　　）**NO** 希望しない  \* Así haya respondido que “NO”, podrán haber casos en que se le recomiende pasar 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。 | （　　）**SÍ** 希望する  （　　）**NO** 希望しない  \* Así haya respondido que “NO”, podrán haber casos en que se le recomiende pasar 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 Nombre del padre: | 保護者氏名 Nombre del padre: | 保護者氏名 Nombre del padre: |