

食物アレルギー調査票

平成 年 月 日

美里町教育委員会

教育長 大友 義孝 殿

保護者氏名（ ）

園児氏名（ ）

住 所 _____

連絡先電話番号 _____

入園予定の幼稚園名（ ）

下記のとおり提出します。

記

問1 お子さんに、食べ物に対するアレルギーがありますか？

あ る な い

問2 アレルゲン（アレルギーの原因となっている食品）とは別に、服薬等で医師から食べないように言われている食品はありますか。

あ る な い



「ある」に○をつけた場合は、食品名をお書きください。

（ ）

※ 問1、問2の両方で「ない」と答えた方は、ここで回答は終了です。

※ 問1、又は問2で「ある」と答えた方は、裏面の問3へ。



問3 給食での対応（除去食、代替食等）を希望しますか。

する

しない



「しない」に○をつけた場合は、その理由をお書きください。

〔例 自分で除去できる、食べても症状が出ない など〕

()

※問3で「しない」と答えた方は、ここで回答は終了です。

問3で「する」と答えた方は問4、問5へお進みください。



問4 次の①から⑦の質問にお答え下さい。

① お子さんのアレルゲンの食品、又は摂取制限されている食品は何ですか。

〔例 卵、そば、牛乳、小麦粉、さば など〕

()

② かかりつけの医療機関及び主治医をお書きください。通院していない場合には記入の必要はありません。

〔例 ○○病院 △△先生〕

()

③ 過去に食物アレルギー検査を受けたことがありますか。該当項目に○を付けてください。

ある

ない

④ アレルゲンの食品、又は摂取制限されている食品を摂取した場合に、どのような症状があらわれますか。

〔例 湿疹、発赤、かゆみ、浮腫、アナフィラキシーなど〕

()

⑤ ④の症状があらわれた場合に、どのように対応していますか。

〔例 緊急時には救急車で病院へ など〕

()

⑥ 治療の内容や、医師からの指導内容はいかがですか。

〔例 服薬、軟膏の塗布、除去食、エピペン使用 など〕

()

⑦ アレルゲンの食品、又は摂取制限されている食品に対して、ご家庭でどのように対応していますか。該当項目に○を付けてください。

除去している

食べないようにしている

特に何もしていない

その他 (

)

問5 その他、給食のアレルギー対応についての御要望がありましたら、お書きください。