

令和 年 月 日

食物アレルギー調査票

美里町教育委員会 教育長 殿

保護者氏名（ ）

児童生徒氏名（ ）

住 所 _____

連絡先電話番号 _____

入学予定の学校名（ ）

当該児童生徒の食物アレルギーについて、下記のとおり提出します。

記

問1 お子さんには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、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」と答えた方は裏面の問4、問5へ。

問4 次の①から⑦の質問にお答えください。

① お子さんのアレルギーの食品、又は摂取を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]

[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。

あ る な い

④ アレルギーの食品、又は摂取を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]

[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 アレルギーの食品、又は摂取を制限されている食品に対して、ご家庭でどのように

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ご要望がありましたら、お書きください。