食物アレルギー調査票

令和　　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（　　）

当該園児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、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、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」と答えた方は裏面の問４、問５へ。

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。

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。