新規用

食物アレルギー等調査用紙（提出用）

新１年　　児童氏名（ふりがな）　　保護者氏名

1と2（必要に応じて3）についてご記入ください。

1　**食物アレルギー**がありますか？（学校給食に出ない食品についてもお答えください。）

（　　）ある　　（　　）ない

2　医師により**乳糖不耐症**と診断され、牛乳を飲むことを止められていますか？

（　　）　止められている　　（　　）　止められていない

3　1で「ある」と答えた方は、食物アレルギーの原因となる食品名と症状等をお書きください。（学校給食に出ない食品についてもご記入ください。）

食品名	症状等	加熱したら食べられるか	医療機関での検査・診断
		可 不可	有（　歳） 無
		可 不可	有（　歳） 無
		可 不可	有（　歳） 無
		可 不可	有（　歳） 無
		可 不可	有（　歳） 無
		可 不可	有（　歳） 無
		可 不可	有（　歳） 無
		可 不可	有（　歳） 無
		可 不可	有（　歳） 無

※食物アレルギーの有無にかかわらず、全員提出してください。