

食物アレルギー等調査用紙(提出用)

令和 9 年度 新 1 年生	保護者氏名
ふりがな 児童氏名	連絡先 (— —)

- ① 医師により、牛乳を飲むことを止められていますか。
・該当する方へ○をつけてください。 () 止められている () 止められていない
診断名: ()

- 2 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 「ある」の場合は下記に様子をご記入ください。

食品名	症状、症状が出る量	対処法	加熱したら 食べられる か	アナフィラ キシー既往	医療機関で の 検査・診断
	症状		可	有(歳)	有(歳)
	症状が出る量		不可	無	無
	症状		可	有(歳)	有(歳)
	症状が出る量		不可	無	無
	症状		可	有(歳)	有(歳)
	症状が出る量		不可	無	無
	症状		可	有(歳)	有(歳)
	症状が出る量		不可	無	無
	症状		可	有(歳)	有(歳)
	症状が出る量		不可	無	無

※ ①で「止められている」に○をつけた方、②で「ある」に○をつけた方は 裏面 もご記入ください。

① 治療の状況を教えてください

内服薬	有	無	点眼薬	有	無	学校に携帯する薬	有	無
吸入	有	無	エピペン®の所持	有	無	その他（ ）		

② アナフィラキシー既往 「有」 の方にお伺いします

□当時の状況と対応は？

□今後起きた場合の対応は？

③ 軽度なアレルギー発作の時、どのように対応しますか？

□すぐに保護者に連絡 □処置（口をゆすぐ 患部を冷やす 安静にする 服薬 ）

□その他

（ ）

④ 家では、原因食品を除去していますか？（ している ・ していない ）

→「している」場合（ している食品： ）

⑦ ごく微量（コンタミネーション）でもアレルギー症状を引き起こす可能性はありますか？（ ある・ない ）

※給食では、アレルギー専用の調理設備や器具類を使用していません。

※給食では揚げ物の油を複数回使いまわしています。

⑧ 給食の対応について

（１）原因食品が給食に出たとき、自分で除去できますか？（ できる ・ できない ）

（２）学校で用意する除去食（鶏卵・うずらの卵・マヨネーズ・乳製品）、

代替食（アイスクリーム・ヨーグルト・ゼリー・プリン類・ジャム・バター）を希望しますか？

（ する ・ しない ）

（３）弁当又は代わりのものを持参しますか？

（ する ・ しない ）

（４）牛乳停止を希望しますか？

（ する ・ しない ）

（５）ごはん、パン、めんいずれかの停止を希望しますか？

（ する ・ しない ）

（６）副食（牛乳・主食以外のすべて）の停止を希望しますか？

（ する ・ しない ）

（７）詳しい使用食材の一覧表が必要ですか？

（ 必要 ・ 不要 ）

（８）毎月「学校給食アレルギー対応依頼書」での確認を希望しますか？

（ する ・ しない ）

（９）給食当番ではどのような配慮が必要ですか？

※（４）・（５）・（６）は給食費の返金の対象になります。

※（２）・（４）に当てはまる場合や（３）や（５）・（６）等で「学校給食アレルギー対応依頼書」による配慮や管理が必要な場合は、医師が記入した学校生活管理指導表が必要になり、今後用意していただきます。

⑨ 学校生活や学校行事の中で、どのような配慮を希望しますか？（宿泊行事 遠足 調理実習 課外活動 等）