

②

食物アレルギー調査

特定の食品でアレルギー症状を起こす児童の状況等について事前に把握させていただきます。お手数ですが、この場で記入をお願いします。

記入が終わりましたら、控室の職員へお渡しください。

①お子様と保護者様の氏名

児童氏名	保護者氏名

②食物アレルギーの有無 該当する欄に○印を付けてください。

【 】ある	【 】特にない
-------	---------

③食物アレルギーがあると答えた方は、下記の欄を御記入ください。

食品名	詳細について	医療機関 受診の有無
(例) 鶏卵(生)	生 → 湿疹がでる。 加熱したものや加工品 → 食べられる。 半熟はだめ。 マヨネーズもだめ。	有・無 【 4 歳】
	生 → 加熱したものや加工品 →	有・無 【 歳】
	生 → 加熱したものや加工品 →	有・無 【 歳】
	生 → 加熱したものや加工品 →	有・無 【 歳】
	生 → 加熱したものや加工品 →	有・無 【 歳】

④乳糖不耐症の診断の有無 該当する欄に○印をつけてください。

※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。

【 】はい	【 】いいえ
-------	--------

給食でのアレルギー対応を希望される場合、面談等でお話を伺い、給食で対応できる献立について（卵・乳製品使用の献立の一部）御説明いたします。その際、**医師の診断が必要**となりますので、あらかじめ御了承ください。なお面談は全ての検査の後にいきますので、視力検査終了後 **控室③**へお越しください。