**食物アレルギー等調査用紙（提出用）**

令和８年度 新１年生　　　　　　　　　　　　　　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や症状、症状が出る量等をお書きください。併せて、**裏面の「問診票」**にもご記入をお願いします。（学校給食に出ない食品についてもご記入ください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 原因食品 | 症状と症状が出る量等 | 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 |

**※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。**

**問診票（食物アレルギー等がある場合のみ、お答えください）**

|  |  |
| --- | --- |
| 新１年 | 保護者氏名 |
| 連絡先 （　　　　　　　　－　　　　　　　　　－　　　　　　　　） |

□１　医療機関での検査・診断は受けましたか？（　　　　 年　　月頃受けた　 ・　 受けていない 　・　 今後受ける予定　　）

→「受けた」場合（医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□２　治療の状況を教えてください

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 内服薬 | 有　　　無 | 点眼薬 | 有　　　無 | 学校に携帯を希望する薬 | 有　　　無 |
| 吸入 | 有　　　無 | エピペンの所持 | 有　　　無 | その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | |

□３　アナフィラキシーを起こしたことがありますか？（　　ある　　・　　ない　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　→「ある」場合　（　　　　　　　　　歳ごろ）

□当時の状況と対応は？

□今後起きた場合の対応は？

□４　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

　　□措置　（ 口をゆすぐ　　患部を冷やす　　安静にする　　服薬　　）

　　　□その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□５　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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□６　ごく微量の混入（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使用ではない、あるいは揚げ物の油を複数回使用している

等の理由から、コンタミネーションの可能性があります。

□７　給食の対応について

　①　原因食品が給食に出たとき、自分で判断除去できますか？　　　　　　　　　 　( 　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・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　家から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　献立の詳しい使用食材の一覧表が必要ですか？　　 　 ( 　必要　 ・ 不要　 )

⑧　献立ごとの対応確認を希望しますか？（事前：毎月の依頼書による確認、給食時：担任等が確認）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ( 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？

※②～⑥および⑧に当てはまる場合は、医師の判断が必要です。④～⑥は給食費が減額徴収となります。

□８　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？（宿泊的行事　遠足　調理実習　など）

□９　食物以外のアレルギーはありますか？ （　　ある　・　ない　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　→「ある」場合（原因物質：　　　　　　　　　 　　　　　　）