食物アレルギー等調査用紙（提出用）

令和８年度 新１年生　（ふりがな）児 童 氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　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 児童氏名（ふりがな）	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：　　）