

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。）
（ ） 有 （ ） 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お記入ください。）

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 ふりがな 児童氏名	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： ）