食物アレルギー等調査用紙（新１年生用）

１年　　組　　番　児童生徒氏名（ふりがな）　　　　　　　　　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と症状等をお書きください。（学校給食に出ない食品についてもご記入ください。）

食品名	症状等	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
		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。

令和７年11月28日

新１年生保護者各位

札幌市立琴似小学校
校長　永洞　純一

食物アレルギー等調査のお願い

保護者の皆様におかれましては、ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。

このたび、特定の食品でアレルギー症状を起こす児童生徒の状況等について事前に把握したいと考えています。

つきましては、食物アレルギー等調査用紙に必要事項をご記入の上、ご提出ください。（毎年全員に提出していただく調査です。）

食物アレルギーのあるお子さんにつきましては、面談でお話を伺います。

組・番号は書かなくてよいです

食物アレルギー等調査用紙（新１年生用）

記入例

１年　〇組　〇番　児童生徒氏名（ふりがな）　〇〇　〇〇　　保護者氏名　〇〇　〇〇

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。）

（ 〇 ）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　　（ 〇 ）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と症状等をお書きください。（学校給食に出ない食品についてもご記入ください。）

食品名	症状等	加熱したら食べられるか	医療機関での検査・診断
鶏卵	生で食べたときに湿疹が出る。	可（〇）／不可	有（６歳）（〇）／無
いくら・たらこ	じんましん、喉がイガイガする。 ししゃもの卵は食べられる。	可（〇）／不可	有（　歳）／無（〇）
えび	じんましん、顔が赤くなる。 えびが混ざっているおかずは、えびを取り除いても食べられない。	可／不可（〇）	有（４歳）（〇）／無
牛乳	飲んだことがないからわからない。	~~可／不可~~	有（　歳）／無（〇）
りんご	喉や目がかゆくなる。	可／不可（〇）	有（　歳）／無（〇）