

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。

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。

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お記入ください。）

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

※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。