

食物アレルギー調査表

浅口市立

学校・園 園児・児童・生徒名 ()

保護者名 ()

保護者連絡先 ()

1 現在、食物アレルギーがありますか（どちらかに○）

(1) ある (2) ない (→ない場合、質問は以上です。)

2 食物アレルギーの原因となるすべての食品についてご記入ください。

食品名	症状	加熱によって喫食可能かどうか	医師の診断
例 卵	息苦しさ・じんましん・腹痛・アナフィラキシー・ その他（くちびるが腫れる）・未摂取	可 ・ 不可	有 ・ 無
	息苦しさ・じんましん・腹痛・アナフィラキシー・ その他（ ）・未摂取	可 ・ 不可	有 ・ 無
	息苦しさ・じんましん・腹痛・アナフィラキシー・ その他（ ）・未摂取	可 ・ 不可	有 ・ 無
	息苦しさ・じんましん・腹痛・アナフィラキシー・ その他（ ）・未摂取	可 ・ 不可	有 ・ 無
	息苦しさ・じんましん・腹痛・アナフィラキシー・ その他（ ）・未摂取	可 ・ 不可	有 ・ 無
	息苦しさ・じんましん・腹痛・アナフィラキシー・ その他（ ）・未摂取	可 ・ 不可	有 ・ 無
	息苦しさ・じんましん・腹痛・アナフィラキシー・ その他（ ）・未摂取	可 ・ 不可	有 ・ 無

3 食物アレルギーに関して、医師から処方されている薬 あり ・ なし (↓処方されているものに○)

内服薬 ・ 吸入薬 ・ エピペン® ・ 塗り薬 ・ その他 ()

4 給食での対応を 希望する ・ 希望しない (どちらかに○)5 食に関する活動や、宿泊研修などでの校内外対応を 希望する ・ 希望しない (どちらかに○)設問4・5を 希望しない理由 例 加熱すれば食べられる、自分で除去できるなど

6 食物アレルギーに関して、学校園に連絡しておきたいこと 例 コンタミの可能性のあるものは食べません 等

7すでに給食対応を実施している方のみ

(1) 給食対応を 継続します ・ 除去食品を変更します ・ 中止します (どれかに○)(2) 給食対応の 面談をしたい ・ 面談を省略したい (どちらかに○)

*校種が変わる場合は面談実施。