

学校給食における食物アレルギー調査票(新1年生用)

学年	新 1 年
ふりがな	
児童生徒氏名	(現 6 年生のみ 小学校)
保護者名/連絡先	Tel :

(1) 現在、食物アレルギーはありますか。

- ☐ ない ⇒ 質問は以上です。ご協力ありがとうございました。
- ☐ 過去にはあったが現在はない⇒ 質問は以上です。ご協力ありがとうございました。
- ☐ ある ⇒ 質問(2)～(4)へ

(2) (1)で食物アレルギーがあると答えた方にお聞きします。

現在の食物アレルギーの状況について教えてください。

原因食物(例：卵、えび、かに)	
症状(例：発疹、かゆみ)	
病院受診の有無	☐ 受診している ☐ 受診していない
最終診断	年 月 頃 医療機関名()
内服薬の処方	☐ ない ☐ ある
エピペン®の処方	☐ ない ☐ ある

(3) 現在、ご家庭で実施している除去等の対応を、具体的にご記入ください。

--

(4) 学校給食で、除去食等^{※1}の提供を希望しますか。

- ☐ しない (献立表^{※2}を確認し、自身でアレルゲンを除いて食べることができるため)
- ☐ しない (献立表^{※2}を確認し、必要に応じて家庭から弁当を持参するため)
- ☐ しない (家庭から毎日弁当を持参するため^{※3})
- ☐ する (調理場から除去食や代替食の提供を希望する。^{※3})

※1 調理場によって除去食等の提供可能なアレルゲンが異なります。

※2 除去食等の提供の有無に関わらず詳細献立表にアレルゲン表示を希望される場合は、「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」の提出をお願いします。

※3 調理場又は学校における管理や配慮等の確認のため提出をお願いします。

学校給食で除去食、代替食対応の希望有無に関わらず、学校における管理や配慮が必要である食物アレルギーを有する児童生徒は、「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」を提出して下さるようお願いいたします。

また、学校給食での対応はせず、弁当等を持参する場合においても、学校生活での留意事項等を確認するため、後日面談等を実施することもありますのでご了承ください。

※ 学校における管理や配慮とは⇒ 調理実習、給食当番、掃除当番等アレルゲンの接触による発症、食物依存性運動誘発アナフィラキシーへの配慮等

※ 除去食等の提供を希望される児童生徒や学校における管理や配慮が必要な児童生徒は、入学説明会等で「第2号様式」と「第3号様式」をお受け取りください。