

食物アレルギーに関する調査（継続用）

【記入日 平成 年 月 日】

（ 小・中）学校（ ）年（ ）組

児童・生徒名

保護者名

緊急連絡先

昨年度、学校給食でのアレルギー対応食を実施してきましたが、今年度継続するにあたって子どもさんの現在の状況の確認を行います。次の質問の該当事項に○を、そのほかの（ ）内は言葉でご記入ください。

- 1 原因食品（アレルゲン）は何ですか。（～等ではなく詳しく記入してください）

〔 〕

- 2 それらの食べ物によってどのような症状がでますか。

〔 〕

- 3 現在、医師に診断され、原因の除去食を指示されていますか。 （ はい ・ いいえ ）

- 4 今年度、学校給食でなんらかの対応を希望しますか。 （ はい ・ いいえ ）

- 5 アレルギー症状をおこす食品に対して学校給食ではどのようにしたいとお考えですか。

ア アレルゲン（原因食品）の入った料理はまったく食べさせない

（給食センターにて除去食または代替食準備、家庭より代替食を持参など状況により協議）

イ 家庭では食べさせていないが、学校給食では食べさせたい

ウ 加熱した物については食べさせたい

エ 加工食品などわずかに入っている物は食べさせたい

オ 献立表を見て、子ども自身にアレルゲン（原因食品）を除いて食べさせたい

カ 自由に食べさせたい

キ その他

〔 〕

- 6 主治医またはアレルギーと診断を受けた医療機関名等を記入してください。場合により医療機関と連携をとらせていただくことがあります。

病院名	
主治医名	
連絡・問合せ先	