

※この調査票は学校給食におけるアレルギー対応のために使用します。全ての方が記入してください。
※給食対応を希望される場合は、「医師の診断」と「学校生活管理指導票の提出」が必要になります。

食物アレルギー調査票

1年 生徒氏名 : _____ 保護者署名 : _____

(年 月 日記入)

1 現在、食物アレルギーがありますか。 いいえ はい

「いいえ」の場合、これで終了です。「はい」と答えられた場合のみ、以下の質問にお答えください。

2 アレルギーの状況について記入してください。

原因食品 <p>該当するもの全てに○をつけてください。その他の食品は、() 内に具体的に記入してください。</p>	卵・乳・小麦・えび・かに・そば・落花生 大豆・くるみ・オレンジ・ヤイフルツ・バナナ・もも・りんご さば・さけ・いか・魚卵・鶏肉・豚肉・牛肉・ゼラチン その他 ()
原因食品を食した時に現れる症状	

- アナフィラキシーショックを起こした経験はありますか。

いいえ はい → 回数 (..... 回) 最終の発病年月 (..... 年 月)

3 医師の診断について

- 医師の診断を受けたことがありますか。 いいえ はい

「はい」の場合、

- 医師の最終診断はいつですか。 (..... 年 月 日)
- 内服薬を医師から処方されていますか。 いいえ はい
- アドレナリン自己注射薬を医師から処方されていますか。 いいえ はい

4 家庭での食事の状況について

※アレルギー原因食品へのご家庭での対応について、該当するものにチェックを付けてください。

- 原因食品およびその加工品も、本人には一切食べさせていない
- 原因食品は食べさせていないが、加工品は食べさせている
- 原因食品は一応本人には食べさせないようにしているが、たまには食べさせている
- あまり厳密な除去は行っていない
- その他 ()

5 学校給食でのアレルギー対応を希望されますか。 いいえ はい

→「はい」と回答の場合、給食相談会（合格者登校日）への参加をお願いします。

6 その他、学校に知らせておきたいこと等がありましたらご記入ください。

[]