

年 月 日

新入生保護者各位

〇〇立〇〇学校
校長〇〇〇〇〇

食物アレルギー調査の実施について

学校給食は、健康な心身の発育・発達はもちろんのこと、学校における食育推進の重要な役割を担っております。給食指導上及び学校生活上、正確かつ適切対応を実施するにあたり、生徒の食物アレルギーの状況等について事前に把握したいと考えております。

つきましては、別紙の「食物アレルギー調査票」に記入の上、3月末（〇年3月〇日）まで必ず提出して下さるようお願いいたします。

なお、食物アレルギーのあるお子さまにつきましては、保護者の方の面談を予定しております。対応を希望する方には、医療機関を受診し、学校生活管理指導表（※学校生活管理指導表は学校からお渡しします）の提出をお願いしておりますのでご了承ください。

面談の日程につきましては、後日お知らせいたします。

〇〇年度 食物アレルギー調査票

ふりがな

1年 () 組 児童生徒氏名 _____ (男・女)

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 保護者氏名 _____ 印

食物アレルギーが **ない** ・ **ある** ※いずれかを○でかこむ

以下、食物アレルギーが「ある」に○をつけた方のみ、記入してください。

①食物アレルギーを起こす食品 (具体的にご記入ください。)	1	2	3
②症状 (具体的にご記入ください。)			
③家庭での対応 (例: 全く食べさせていない、わずかに入っている物は食べさせている、加熱して食べさせているなど)			
④医師の診断 「有」の場合※の覧も記入して下さい。)	有・無	有・無	有・無
	※受診月日	(年 月頃)	(年 月頃)
	※医療機関名		
	※診断名		
⑤緊急時の対応 (アレルギー反応が出た場合の学校での処置)			
⑥学校給食での対応について	希望する ・ 希望しない	希望する ・ 希望しない	希望する ・ 希望しない
⑥で希望すると答えた方へ (具体的な希望内容があれば記入) 希望に添えない場合もごさいます			

次の質問は該当者のみお答えください

⑦アナフィラキシーショックの経験※ある場合は記入	いつ頃 (歳頃) 原因食品 () 状況 ()
⑧緊急時に備えた処方薬 ※持っている場合、当てはまるものに○をつけてください。	() 内服薬 (抗ヒスタミン薬・ステロイド薬) () アドレナリン自己注射薬 (エピペン) () その他 ()

★⑥対応が必要な方は、医療機関を受診し、学校生活管理指導表の提出をお願いします。

(※学校生活管理指導表は学校からお渡ししますので必要な方はご連絡ください。)

その他、給食について心配なことがありましたらご記入ください。