

食物アレルギーに関する調査票

令和 年 月 日記入

学校名	小学校 中学校	在籍 校園名	幼稚園・保育園 こども園・小学校	年 組	歳児 年 組
(ふりがな)				生年月日	年 月 日
園児児童 生徒氏名					
(ふりがな)				FAX番号	
保護者氏名	電話番号				
住 所	〒				

問1 食物アレルギーはありますか。

- はい
 いいえ ※「いいえ」の方は問10にお進みください。

問2 食物アレルギーで医師の診断を受けたことがありますか。

- はい
 ・食物アレルギーでの医師の最終診断はいつですか。(平成・令和 年 月)
 いいえ

問3 原因品目は何ですか。

()

問4 現在、家庭で除去中の食品はありますか。

()

問5 現在、家庭で食物アレルギーのため、未摂取になっている食品はありますか。

例：魚卵(卵アレルギーのため)

()

問6 アナフィラキシーの経験はありますか。

- はい
 ・回数(回) 最近の発症年月日(平成・令和 年 月)
 ・原因 食物 昆虫刺傷 医薬品 ラテックス(天然ゴム) 運動
 ・症状 呼吸困難 血圧低下 意識喪失 呼吸停止
 その他(具体的に)
 いいえ ※「いいえ」の方は問8にお進みください。

問7 アナフィラキシー状態の中でも特に重篤な血圧低下による意識の低下や脱力を伴うアナフィラキシーショック状態になったことがありますか。

- はい
 ・回数(回) 最近の発症年月日(平成・令和 年 月)
 ・原因 食物 昆虫刺傷 医薬品 ラテックス(天然ゴム) 運動
 ・症状 呼吸困難 血圧低下 意識喪失 呼吸停止
 その他(具体的に)
 いいえ

問8 処方されている薬はありますか。

はい

・種類 内服薬() 外用薬()

吸入薬() エピペン[®]

その他()

・エピペン[®]を処方されていると回答された方に伺います。

何本処方されていますか。(本)

どこに保管していますか。 家庭に保管 園や学校に保管 本人が携帯 その他

いいえ

問9 学校での食物アレルギー対応を希望しますか。

はい

いいえ

問10 乳糖不耐症と診断されていますか。

はい

いいえ ※「いいえ」の方は問12にお進みください。

問11 乳糖不耐症による飲用牛乳の配食停止を希望しますか。

はい

いいえ

問12 その他、心配なことがありましたらご記入ください。

※注意事項

- 学校給食で除去食及び代替食対応しているのは【卵・牛乳及び乳製品・えび】の3品目です。
- 【卵・牛乳及び乳製品・えび】以外の品目については、詳細な献立表や原材料配合表配布、食物アレルギー対応食器の使用、家庭からの弁当持参になります。
- 除去食及び代替食対応は、アレルゲンを除去するか否かの対応になります。「少量可」や「〇〇gまで可」等アレルゲンを一部摂取する「量」の対応はできません。
- 除去食及び代替食等の食物アレルギー対応を希望しても、必ずしもご希望に添えない場合もあります。
- 乳製品アレルギーの場合は、飲用牛乳及びパンの配食を停止します。(学校給食のパンはすべて、卵不使用ですが、スキムミルクは使用されています。)
- 食物アレルギー対応を希望される方につきましては、「学校生活管理指導表」(医師による記入押印があるもの)等を学校に提出してください。
- 乳糖不耐症による給食対応は、【飲用牛乳】の配食停止のみとなります。
- 乳糖不耐症による給食対応を希望される方につきましては、医師による診断書等を学校に提出してください。