

食物アレルギー対応調査表

勝浦市立 学校 年 組

ふりがな		男 ・ 女
氏 名		

 記入年月日
 平成 年 月 日

保護者氏名 _____ 印

【該当するところに✓を記入してください】

1 希望する給食対応の内容に✓をつけてください。

- A 給食の対応は希望しない →右面へ
- B 食物アレルギーのため給食を全面停止したい
(弁当持参) →右面へ
- C 食物アレルギーのため詳細な献立表を配付してほしい
- 献立表にアレルゲンをマーカーで表示したもの
- 食材がすべて明記された詳細な献立表

2 上の設問1で、Cに✓を記入された方は、どのような食品を食べないのか、あるいは表示が必要なのか、該当する項目に✓をつけてください。

< 卵 >

- 鶏卵 うずら卵
- 調味料や加工品等に微量に含まれる食品
- その他 ()

< 乳 >

- 牛乳・乳製品
- 調味料や加工品等に微量に含まれる食品 その他 ()

< 魚介類 >

- えび いか かに さけ さば その他の魚 ()
- 貝類 (あさり・ほたて・その他)
- 魚肉練り製品 (竹輪・はんぺん・さつま揚げ・その他)
- 調味料や加工品等に微量に含まれる食品 その他 ()

< 種実類 >

- 落花生 アーモンド ごま ごま油 くるみ
- 調味料や加工品等に微量に含まれる食品 その他 ()

< 果物 >

- オレンジ もも りんご キウイフルーツ その他 ()

< 穀類 >

- 小麦 調味料や加工品等に微量に含まれる食品 そば その他 ()

< その他 >

- やまいも その他 ()

3 食物アレルギーに関する調査

(1) いつごろから症状がでましたか。

() 歳頃から

(2) 今まで、どのような症状がでましたか。

発疹 じんましん 下痢 吐き気 ぜんそく

アナフィラキシー アナフィラキシーショック その他 ()

※アナフィラキシー症状の経験がある場合にお答えください。

(回数: 回, 最後の発症年月日: 年 月, 原因食物:)

(3) 運動により症状を発症したことはありますか。

いいえ

はい→食事との関連はありますか。

食事との関連がある 食事との関連はない

(4) 現在、食物アレルギーの治療のために、使用している薬はありますか。

ない

ある

ア 薬品名を記入してください。

内服薬: () 吸入薬: () 外用薬: ()

注射薬: () その他: ()

イ 学校に、薬の携帯を希望しますか。

希望しない

希望する: (薬剤名:)

ウ お子様が自分で薬の管理ができますか。

管理できない

管理できる

(5) 過去に除去食を行っていたが、現在は食べられるようになった食品はありますか。

いいえ

はい (食品名:)

(6) お子様の食物アレルギーについて、学校の給食で心配なことがありましたら、記入してください。

※ お子様の現在の状況をご記入の上、 月 日までにご提出ください。この調査表に記載された内容については、学校の全職員及び学校給食センター職員が共有し、学校のアレルギー対応のために活用します。