

令和8年2月6日（金）に全員提出です ※裏面あり

アレルギー疾患調査票(小学校版)

記入日 令和 年 月 日



学校給食の除去食希望の調査も含まれます。

氏名

保護者氏名

*個人情報の取扱いについては十分配慮します。

学校生活(学校給食・修学旅行・林間学校・調理実習・体験学習・クラブ 等)において下記に記載するアレルギー疾患の管理や配慮について回答してください。

全員回答

下記に該当するアレルギー疾患が ある ・ ない

「ない」と答えた方は以上で質問終了です。裏面記入の必要ありません。

「ある」と答えた方は↓以下にお答えください。

該当するアレルギー疾患に、□にチェックを入れ、管理や配慮の希望の有無に○をしてください。

チェック	アレルギー疾患名	管理や配慮の希望の有無	
① ☐	気 管 支 喘 息	希望有り	希望無し
② ☐	アトピー性皮膚炎	希望有り	希望無し
③ ☐	アレルギー性結膜炎	希望有り	希望無し
④ ☐	アレルギー性鼻炎	希望有り	希望無し
⑤ ☐	アナフィラキシー	希望有り	希望無し
⑥ ☐	食 物 ア レ ル ギ ー 学校行事・授業・クラブ活動などの配慮	希望有り	希望無し
⑦ ☐	食 物 ア レ ル ギ ー 学 校 給 食 除 去 食 について	希望有り	希望無し

⑦を希望する場合は裏面に進んでください。

学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用)

希望有りに○をした方には、

左記の「学校生活管理指導表」を後日配付します。
医療機関で記入頂き、学校に提出後、必要に応じて
面談を行います。

※主治医・専門医からの指導や指示がある場合に限りです。

※学校生活管理指導表は医療機関での記入になります。

費用は有料で、保護者負担となる可能性があります。

詳しくは通知のご留意事項を確認ください。

学校給食の除去食に関する調査

氏名

(表面からの続きです)

*個人情報の取扱いについては十分配慮します。

表面の⑦で「希望する」と答えた方にお聞きします。

(1)食物アレルギーの状況についてお書きください。

原因食物	原因食物を食した時に現れる症状

(2)医師の診断を受けていますか。

はい ・ いいえ

「はい」の方は以下の質問にお答えください。

ア 受診されている病院名	病院名
イ 医師の最終診断はいつですか。	平成 ・ 令和 年 月 日
ウ 医師から書面での証明はありますか。 *医師の証明がある場合は、 該当するものに○をつけてください。	はい ・ いいえ 診断書 ・ 食事指示書 ・ 各種検査結果票 学校生活管理指導表 ・ その他()

(3)アナフィラキシーショックを起こした経験がありますか。

はい ・ いいえ

「はい」の方は以下の質問にお答えください。

ア ショック症状を起こした回数	回
イ ショック症状を起こした原因食物	食物名
ウ ショック症状を起こした最終時期	平成 ・ 令和 年 月 歳

(4)家庭での食事の状況についてお書きください。 該当するものに○をつけてください。 「オ その他」については、具体的に記入してください。

- ア 完全除去
イ 本人の体調により除去
ウ 本人除去
エ 特に配慮なし
オ その他
()

(5)給食において除去食の対応を希望しますか。

※医師の診断を受けていない場合は、除去食の対応はできません。

※面談を行い、安全な給食提供が困難と判断された場合は、弁当対応となります。

★そば、落花生(ピーナッツ)、一部の木の実類、

いくらは学校給食では使用しません。

木の実類のうち、アーモンド、カカオ(ココア)、栗、ココナッツ(ナタデココ)は使用します。

希望する ・ 希望しない

*「希望する」方は学校生活管理指導表の提出と面談が必須となります。(★該当者を除く)

*面談を行うため、必ず連絡のとれる電話番号を記入してください。

TEL

ご協力ありがとうございました。