

令和6年2月2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。

新1年 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。



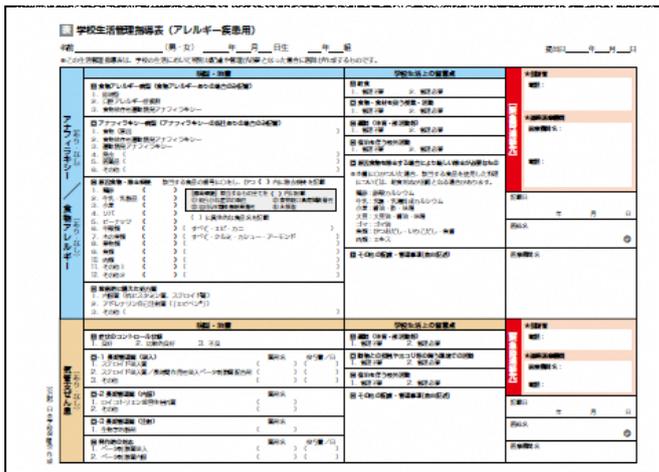
下記に該当するアレルギー疾患が **ある** ・ **ない**

「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。

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。

| アレルギー疾患名  | 管理や配慮の希望の有無 |      |
|---|-------------|------|
| ① <input type="checkbox"/> 気管支喘息                      | 希望有り        | 希望無し |
| ② <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎                   | 希望有り        | 希望無し |
| ③ <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎                  | 希望有り        | 希望無し |
| ④ <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎                   | 希望有り        | 希望無し |
| ⑤ <input type="checkbox"/> アナフィラキシー                   | 希望有り        | 希望無し |
| ⑥ <input type="checkbox"/> 食物アレルギー<br>学校行事・授業・部活などの配慮 | 希望有り        | 希望無し |
| ⑦ <input type="checkbox"/> 食物アレルギー<br>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。



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<br>「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。  | 年 月 日  |
| ウ 医師から書面での証明はありますか。<br>* 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<br>診断書・食事指示書・各種検査結果票・<br>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<br>「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。<br><u>※該当するものに○をつけてください。</u><br><u>「オ その他」については、具体的に記入してください。</u>     | ア 完全除去<br>イ 本人の体調により除去<br>ウ 本人除去<br>エ 特に配慮なし<br>オ その他<br>( )                           |
| (5) 給食において除去食の対応を希望しますか。<br>(学校生活管理指導表の提出と面談が必須になります。)<br><u>※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。</u> | 希望する ・ 希望しない<br>* 「希望する」の方は詳細について面談を行いますので、 <u>必ず連絡のとれる電話番号を記入してください。</u><br>TEL _____ |

ご協力ありがとうございました。