

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。

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。

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 ☐ 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・部活などの配慮	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。

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します。

※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。

※表面あり

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。	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。 (学校生活管理指導表の提出と面談が必須になります。) ※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。	希望する ・ 希望しない * 「希望する」の方は詳細について面談を行いますので、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。