

平成30年4月9日

保護者 各位

那覇市立垣花小学校
学校長 多賀ひとみ
(公印省略)

学校給食における食物アレルギー調査について (依頼)

学校給食において、特定の食物でアレルギー症状を起こす児童生徒の状況等について事前に把握したいと考えています。つきましては、裏面の用紙に必要な事項をご記入のうえ、**4月13日(金)**までに必ずご提出ください。

本誌の学校給食での食物アレルギーについては、下記のとおり基準を設けており、この調査がすぐに対応を決めるものではありませんので、ご了承ください。

今後、給食での食物アレルギー対応食対応を希望される場合は、改めて申請書および学校生活管理指導表(アレルギー用)を提出していただき、面談などを経て対応の可否について慎重な検討を行いますことを申し添えます。

【学校給食における食物アレルギー対応の基準】

- ①医師の診断により、学校給食で食物アレルギーの配慮や管理が必要であると指示されていること。(保護者の希望に添って除去等食物アレルギーの対応を行うものではありません。)
- ②家庭において、原因食物を除いた食事を摂取するなどの対応を行っていること。(学校給食では家庭で行っている対応以上の対応は行いません。)
- ③アレルゲンが除去困難または代替食となる食物が入手困難な場合は、完全弁当または、一部弁当で対応すること。
- ④調理場の状況を考慮して、対応可能な範囲で実施すること。

*調査は裏面から始まります。

学校給食における食物アレルギー調査

*本調査についての説明は、裏面をご覧ください。

年 組 番 (男 女) 児童氏名: _____ 保護者氏名: _____

(1) 食物アレルギーはありますか。(当てはまる□にレ点をお書き下さい)

いいえ ⇒ 質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

はい ⇒ 質問(2)~(6)へ

(2) (1)で食物アレルギーがあると答えた方にお聞きします。

食物アレルギーの原因となる食物と症状をお書きください。

食品名 (例)たまご	症 状 (例)じんましん	備考

(3) 最後に食物アレルギーだと診断されたのはいつ、どの医療機関で、どのような検査を受けましたか？(医療機関を受診した場合記入下さい)

原因食物	診断時期	医療機関名	受けた検査
(例)たまご	(例)5才ごろ	(例)〇〇病院 アレルギー科	(例)経口食物負荷試験 血液検査

(4) ご家庭で実施している除去等の対応を、具体的にご記入ください。

(5) 食物アレルギーの治療のため使用している薬はありますか。

いいえ

はい 1. 内服薬 ()
2. アドレナリン自己注射薬 (エピペン)
3. その他 ()

(6) 学校給食での対応を希望しますか。

しない

はい ⇒後日、対応の可否検討についての申請書等を提出していただきます。