

( 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。**

- いいえ ⇒ 質問は以上です。ご協力ありがとうございました。(提出)  
 はい ⇒ 質問(2)~(5)へ

**(2)(1)で食物アレルギーがあると答えられ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	症 状	医療機関受診の有無
(例) たまご	(例) じんましん	有 無

**(3)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)鏡原学校給食センターでの卵の除去・代替食の対応を希望しますか。**

- いいえ  
 はい ⇒ 後日、学校給食における食物アレルギー対応実施申請書および学校生活管理指導表(食物アレルギー用)を提出し、面談を実施後対応の流れとなります。