

(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。