

## アレルギー等の対応調査票

記入日 令和 4 年 月 日

児童氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

⑩

●「食物アレルギーがある」と医師の診断を受けていますか。 はい いいえ

※「はい」とお答えの方は、以下設問にもお答えください※

1、原因食物は何ですか。 \_\_\_\_\_

2、一番最近で、症状が出たのはいつですか。 \_\_\_\_\_

3、その時はどのような症状でしたか。 皮膚の発赤、じんましん 呼吸が苦しい 咳 下痢  
嘔吐 腹痛 鼻水、鼻づまり 顔の晴れ かゆみ その他 \_\_\_\_\_

4、アドレナリン自己注射薬(エピペン)が処方されていますか? はい いいえ

5、給食の対応について、以下の記号に○をつけて下さい。

ア、アレルゲンを家庭で除去しており、給食でも食物アレルギー対応食を希望する。

イ、給食は全部中止し、家庭から弁当を持参する。

ウ、給食の対応は必要ない。(普通食で良い)

※アレルギー検査表のコピーの提出をお願いいたします。提出がない場合、お子様の健康面の観点から昼食・おやつ・夕食ともに提供できません。

●食物アレルギー以外に、アレルギーがありますか。 はい いいえ

1、どんなアレルギーですか。 \_\_\_\_\_

2、服用している薬はありますか。 はい いいえ

どんな薬ですか \_\_\_\_\_

ご協力ありがとうございました!(^^)♪