

平成30年12月10日

新入生保護者 様

宇都宮市立古里中学校長 中村 靖之

食物アレルギーの調査について

寒冷の候、保護者の皆様におかれましては益々ご健勝のこととお喜び申し上げます。

日頃から学校給食に深いご理解とご協力をいただき、感謝申し上げます。

さて、近年学校給食において、食物アレルギーを持つ児童生徒への対応が課題となってきました。そこで、食べ物によるアレルギー症状を持つ児童生徒の実態を把握したいと考えております。

つきましては、アレルギー症状について、裏面調査票に保護者の方がご記入の上、1月22日（火）に古里中学校で行われる新入生保護者説明会当日にご持参ください。

なお、調査票は中学校に保管し、給食以外の目的には、使用しませんのでご理解とご協力くださいますようお願い申し上げます。

宇都宮市立古里中学校

TEL028-673-1815

担当：中武（なかたけ）

食物アレルギー調査票

平成31年 月 日

児童生徒氏名		学年・組	_____小学校 6年 組
保護者氏名		生年月日	年 月 日 (歳)

お子様は現在、食物アレルギーはありますか？（ある・ない）

***「ない」と答えた方はこれで終了です。**

*「ある」と答えた方のみご記入ください。

1 医師の診断について

- ・医師の診断を受けたことがありますか。 (ある ・ ない)
- ・医師の最終診断はいつですか。 (年 月 日)
- ・医師から書面での証明はありますか。 (ある ・ ない)
(診断書 ・ 食事指示書 ・ 各種検査結果票 ・ その他 (受診したことが分かる書類等))

2 アレルギーの状況について書いてください。

原因食品 該当するもの全てに○をつけ、それ以外の食品は、具体的に記入。	卵・乳・小麦・そば・落花生・あわび・いか・いくら・えび・オレンジ・かに・キウイフルーツ・牛肉・くるみ・鮭・さば・大豆・鶏肉・豚肉・まつたけ・もも・やまいも・りんご・ゼラチン・バナナ その他()
疾病名	
原因食品を食した時に現れる症状	

- ・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。
(ある (年 月頃) ・ ない)

※アドレナリン自己注射 (エピペン) を医師から処方されていますか (処方されている・処方されていない)

3 家庭で食事の状況について書いてください。

※ 該当するものに○をつけ、それ以外は具体的に記入してください。

(完全除去食 ・ 本人の体調によって除去 ・ 本人除去 ・ 特に配慮をしていない)

その他 どのような対応をしているか 等を記入。	
-------------------------------	--

4 中学校で給食の対応を希望しますか？ (はい・いいえ)

*給食での対応を希望する場合、医師の食事指示書等が必要になります。該当児童生徒・保護者には後日、中学校の栄養士より連絡し面談の日程等相談させていただきます。