

食物アレルギー調査票【新入生用】

記入日 令和 年 月 日

ふりがな		男・女	小学校名	
氏名				
保護者氏名		生年月日	平成 年 月 日	
日中連絡のとれる電話番号	自宅・携帯・勤務先（ ） 番号：（ ）			

1 食物アレルギーの有無について

(1) 食物アレルギーがありますか。(ある ・ なし)

1で食物アレルギーが ある と答えた方のみ以下の問いにお答えください。

2 医師の診断について

(1) 医師から食物アレルギーの診断を受けたことがありますか。(はい ・ いいえ)

(2) 医師の最終診断はいつですか。(平成・令和 年 月 日)

3 食物アレルギーの状況について

(1) 原因食物を全て記入してください。

(2) 原因食物を食したときにどのような症状がありますか。

ショック症状 ・ 咳き込み ・ 呼吸困難 ・ 嘔吐 ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ じんましん

湿疹 ・ かゆみ ・ 口腔内違和感 ・ その他（ ）

(3) 原因食物について、医師から、加工食品の原材料の欄外標記（注意喚起表示）の表示がある場合は除去するよう指示されていますか。(はい ・ いいえ)

(注意喚起表示の例)

○ 同一工場、製造ライン使用によるもの

「本製品製造工場では○○（特定原材料等の名称）を含む製品を製造しています。」

○ 原材料の採取方法によるもの

「本製品で使用している しらすは、えび、かにが混ざる漁法で採取しています。」

「本製品で使用している わかめ、青のりは、えび、かにの生息域で採取しています。」

○ えび、かにを捕食していることによるもの

「原材料のカタクチイワシは、えび、かにを食べています。」

裏面に続きます。

- (4) 原因食物を扱った食器や調理器具(洗浄済み)の共用でアレルギー症状が起きますか。(はい・いいえ)
- (5) 原因食物を揚げた後の油を使用して調理をするとアレルギー症状が起きますか。(はい・いいえ)
- (6) 同じ調理室内で原因食物を取り扱う場合にアレルギー症状が起きますか。(はい・いいえ)
- (7) 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。(はい(平成・令和 年 月頃)・いいえ)
- (8) アドレナリン自己注射薬(エピペン®)を処方されていますか。(はい・いいえ)

4 家庭での食事の状況について

(1) 家庭の食事ではどのように対応していますか。

【 完全除去 ・ 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(対応内容を記入：)】

5 給食での対応について

(希望する ・ 本人除去 ・ 弁当持参 ・ 希望しない)

※宇都宮市の学校給食では、そば・落花生・くるみ・キウイフルーツ・生卵は提供しません。

※原因食材が給食で提供されない食材であっても、授業等で配慮・管理が必要な場合は「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」の提出が必要となります。アレルギー対応を行うためには、医師に記載してもらう「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」の提出が必須となります。