

食物アレルギー・既往症等に関する調査票

(就学予定学校名：) 記入日：令和 年 月 日 No.

ふりがな		男・女	保護者名	
氏 名			電話番号 (日中連絡がつく番号)	

さくら市教育委員会ではお子さんの入学後の学校生活上の健康管理指導等に役立てるため、アレルギー疾患・既往症等に関する調査を行います。大変お手数ですが、**別紙記入例を参照し記入のうえ、就学時健康診断当日にご持参ください。**

I 食物アレルギーについて

1 食物が原因と思われるアレルギーがありますか？(記号を○で囲んでください)

ア ある
↓
イ 過去にあったが現在は食べている (食品名)
↳ 質問7へお進みください
ウ ない
↳ 質問9へお進みください

2 医師から食物アレルギーであるという診断を受けたことがありますか？(記号を○で囲んでください)

ア 受けたことがある (歳頃)
イ 診断は受けていない
↳ 質問4へお進みください

3 その時、原因食品の除去は指示されましたか？(記号を○で囲んでください)

ア 指示された (食品名)
イ 指示されていない

4 現在の状況はどうですか？(記号を○で囲んでください)

ア 現在も以下の食品に配慮している (食品名)
イ 現在は特に配慮していない
↳ 質問9へお進みください

5 現在の家庭での食事の状況はどうですか？(記号を○で囲んでください)

ア 全く食べさせていない
イ 加工食品等わずかに入っているものだけ食べさせている
ウ 体調の悪い時は食べさせていない
エ その他 ()

6 原因食品を食べることで、どんな症状があるか、またその時の対応について記入してください。

◆一番最近の症状が出た時期 (年 月頃)

◆症状

◆対応

--	--

7 アナフィラキシーショックを起こしたことはありますか？(記号を○で囲み、□に✓してください)

ア ある (年 月頃)
イ なし

*アナフィラキシーの病型

☐ 食物 ☐ 食物依存性運動誘発 ☐ 運動誘発 ☐ その他 ()

8 現在食物アレルギーのため、病院から処方されている薬はありますか？(記号を○で囲み、□に✓してください)

ア ある
イ なし

☐ 飲み薬 (薬剤名：) ☐ 塗り薬 (薬剤名：)

☐ アドレナリン自己注射 (エピペン) ☐ その他 ()

↓裏面の記入もお願いいたします

II 学校給食の対応について**9 学校給食での対応を希望しますか？(記号に○を付け、□に／してください)**

ア 対応を希望する

イ 対応を希望しない

□ 食物アレルギー □ 身体症状 □ 宗教上の理由

◆学校給食での「食物アレルギー等」の対応について◆

学校給食の対応を希望する場合は、医師の指示に基づいて対応を決定しますので、後日「学校生活管理指導表」または「医師の診断書」の提出をお願いします。また、後日面談を行います。

- ① 医師の診断により、除去や配慮を必要とする場合
- ② 詳細な献立表や使用材料表の提供を受ける場合
- ③ 食べられないものの代替品を持参する場合
- ④ 除去食や代替食の提供を受ける場合
- ⑤ 身体症状により食べられないものがある場合
- ⑥ 宗教上の理由により配慮が必要な場合

※ ④については、令和7年夏休み明け以降さくら市給食センターからの提供より実施されます。対応は「乳」と「卵」に限らせていただきます。

III 食物アレルギー以外のアレルギー(その他のアレルギー)について**10 食物アレルギー以外に、その他アレルギーはありますか？(記号に○を付け、□に／、()に記入してください)**

ア ある

イ ない

□ 気管支喘息

□ アトピー性皮膚炎

□ アレルギー性結膜炎

□ アレルギー性鼻炎

□ その他 (

) 例) 昆虫、医薬品、ラテックス等

IV 既往歴、持病について**11 食物アレルギー、その他のアレルギー以外のことでお子さんの健康状態に関して、学校に伝えておきたい事柄がありましたら、ご記入ください。**

ア ある

イ ない



病 名			
症 状			
受診医療機関名		発症時期	歳頃
経 過	治癒 (年 月) 継続 (次回受診 月 日)	手 術	済 (年 月) ・ 未
服用している薬	有 () 無		
学校生活で注意が必要なこと (配慮事項など) ア ある イ ない			