

# 食物アレルギー・既往症等に関する調査票

さくら市立

小学校

記入日：令和 年 月 日

ふりがな 氏名	男・女	保護者名
		電話番号 (日中連絡がつく番号)

◆6年生は小学校で回収し、進学先の中学校へ提出します。

## 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 学校給食での食物アレルギー等の対応について

### 9 学校給食で食物アレルギー等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、「学校生活管理指導表」または「医師の診断書」の提出をお願いしています。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8月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 <span style="margin-left: 200px;">イ ない</span>			
↓			