食物アレルギー事前調査票 【保護者記入用】

（フリガナ）		性別	男 ・ 女
生徒氏名			
保護者氏名		組・番	組　　番
学校名	北杜市立小淵沢中学校	電話番号	－　　－

①現在、医師に「食物アレルギー」と診断されていますか。A～Cのいづれかに○を付けてください。

A、「食物アレルギー」ではない。（②以降の質問のご回答は不要です。）

B、「食物アレルギー」と診断されており、除去食等の対応を希望する。（②以降の質問にご回答ください。）

C、「食物アレルギー」と診断されているが、除去食等の対応は不要。　（②以降の質問のご回答は不要です。）

---

②医師により食物アレルギーと診断されている食材と調理方法による摂取可否について、
該当欄に「〇」をお付けください。必要に応じて⑨~⑫欄、備考欄にご記入ください。

	アレルギー食材	生,半加熱	主原材料として使用	調味料,油.エキス,少量	備考欄
①	卵	可 ・ 不可	可 ・ 不可	可 ・ 不可	
②	牛乳・乳製品	可 ・ 不可	可 ・ 不可	可 ・ 不可	
③	小麦	可 ・ 不可	可 ・ 不可	可 ・ 不可	
④	大豆	可 ・ 不可	可 ・ 不可	可 ・ 不可	
⑤	しょうゆ・みそ	可 ・ 不可	可 ・ 不可	可 ・ 不可	
⑥	甲殻類（エビ・カニなど）	可 ・ 不可	可 ・ 不可	可 ・ 不可	
⑦	そば	可 ・ 不可	可 ・ 不可	可 ・ 不可	
⑧	ピーナッツ	可 ・ 不可	可 ・ 不可	可 ・ 不可	
	上記以外で除去が必要なアレルギー食材があれば、ご記入ください。				
⑨		可 ・ 不可	可 ・ 不可	可 ・ 不可	
⑩		可 ・ 不可	可 ・ 不可	可 ・ 不可	
⑪		可 ・ 不可	可 ・ 不可	可 ・ 不可	
⑫		可 ・ 不可	可 ・ 不可	可 ・ 不可	

※コンタミ（微量混入）不可の場合は備考欄へ、その他特記事項がございましたら、下記欄にご記入ください。

③食物アレルギーの症状が出た場合の治療薬をお持ちですか。

・はい（　飲み薬　・　注射　）　　・いいえ

「はい」とお答えになった場合、薬剤使用のタイミング、病院受診のタイミングについて主治医の指示を受けておいてください。

・本調査票は、食物アレルギーのあるお子様の校外活動において、食事提示施設における食の安全を確保するための資料とすることを目的とし、食事提供施設、学校及び旅行会社において共有するものです。その他の目的に使用することは一切ありません。
・また本調査票は、個人情報の取扱に留意の上、各機関、施設において責任をもちまして保管・処☒分いたします。
・以上の個人情報の取扱に同意の上、御署名いただき事前調査票を提出願います。

令和　　年　　月　　日　　保護者署名