

江津市学校給食アレルギー対応食実施意向調査票

年 月 日

(ふりがな) 児童・生徒 氏 名	()	保護者連絡先 (電話番号)	
学校名	学校 年 組 番	入学・進学 予定学校名(◆)	() 学校

◆新小中学1年生のみ記入。

※以下の**1**、**2**、**3**すべての項目に回答してください。

1 食物アレルギーについて

医師の指導・指示のもと、除去を行っている食物アレルギー疾患がありますか？	ある ・ ない
--------------------------------------	---------

2 乳糖不耐症（その他病気を含む）について

乳糖不耐症その他病気による飲用牛乳の除去について、医師の指導・指示がありますか？	ある ・ ない
--	---------

3 学校給食での対応について

(1) 学校給食での対応を希望しますか？	希望する ・ 希望しない
(2) 「希望する」と答えた人は、理由を選んでください。 (※複数回答可)	1. 食物アレルギーのため 2. 乳糖不耐症のため

※以下は、**1**の項目に「ある」と回答した人のみ記入してください。

(1) 医師又は医療機関による最終受診はいつですか？	年 月
(2) アレルギーの状況について記入してください。	
原因食物 (該当するものすべてに○を付け、それ以外の食品は、具体的に記入してください。)	卵 乳 小麦 落花生 えび そば かに いくら キウイフルーツ くるみ 大豆 バナナ いか やまいも カシューナッツ もも ごま さば さけ アーモンド 鶏肉 りんご まつたけ あわび オレンジ 牛肉 ゼラチン 豚肉 その他 ()
原因食物を食べた時に現れた症状	(症状)
家庭での食事状況 (複数ある場合は個別に回答してください。)	完全除去 ・ 本人の体調によって除去 ・ 本人が自分で除去 その他 ()

※学校での対応を希望される方には、学校から申請書（様式第2号）を配布いたします。