

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 イ ない			

