学校生活を送る上で配慮が必要となるアレルギー症状や全校児童を対象に実施している給食において特定の食品等でアレルギー症状を起こす状況等について，下記のアレルギー調査票を提出いただき面談等を経て可能な対応方法について相談させていただいています。ご希望に添えないこともありますのでご了承ください。
また，学校給食や学校でのアレルギー対応をとる場合には，面談後に医師の診断書が必要になりますので，あらかじめご了承ください。

アレルギー調査票

記入日　令和　年　　月　　日

年　　児童氏名　　保護者氏名

1　アレルギーがありますか。

□　ある　　→　２～８の質問にお答えください。
□　特にない　　→　ここで終了です。

2　それはどのようなアレルギーですか。（複数回答可）

□　食物アレルギー　□　気管支ぜん息　□　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（　　）
※昆虫，医薬品，じんま疹，運動誘発アナフィラキシーなど

3　原因となる食物及び物質名（明確でない場合は空欄でかまいません）と症状等をお書きください。

食物及び物質名	症状や対応方法など	医師の診断の有無	除去の必要性
		有･無	要･不要
		有･無	要･不要
		有･無	要･不要

4　アナフィラキシーの経験がありますか。

□　ある　　□　ない

5　エピペン®を処方されていますか。

□　いる　　□　いない

6　エピペン®以外でアレルギーに関して学校に持参する必要のある薬がありますか。

□　ある　　□　ない

7　アレルギーによる，学校での何らかの対応を希望しますか。

□　希望する　　□　希望しない

内容	

8　お子様のアレルギーに関して，学校に知っておいてほしいことがあればお書きください。

9　市販のジャム（いちご・りんご・ブルーベリー），プリン，アイスクリームを食べられますか。
□食べられる　　□食べられない

※食べられないものがある場合は，下から選び〇を付けてください。

ジャム（いちご・りんご・ブルーベリー）　プリン　アイスクリーム