

食物アレルギー調査票

学校での給食献立作成の際、参考にさせていただきます。
食物アレルギーのあるお子さんにつきましては、面談等でお話をお伺いいたします。
面談の日程等詳細は、後日学校からお知らせいたします。

年 号 生徒氏名

保護者氏名

質問Ⅰ 該当する()へ○をつけてください。

① 食物アレルギーがありますか。

()ある～質問②,③へ ()とくにない～**質問Ⅱ**へ

② ①であると答えた方は、食物アレルギーの原因となる食品名と症状をお書きください。

食品名	症状など	医療機関受診の有無
(例)鶏卵(生)	(例)生で食べると湿疹がでる。 加熱すると食べられる。	有 無
		有 無
		有 無
		有 無

③ 前回調査以降、アレルギー対応が必要なくなった食品はありますか。

()ある～質問④へ ()ない～質問Ⅱへ

④ あると答えた方は、食品名をお書きください。

食品名()

質問Ⅱ 該当する()へ○をつけてください。

① 医師により乳糖不耐症と診断されていますか？

()診断されている～②へ ()診断されていない～質問終了

② 乳糖不耐症と診断され、牛乳を止められていますか？

()止められている ()止められていない

以上でアンケートは終了です。

※このアンケートで取得した情報は、保健・給食活動以外では利用は致しません。