

食物アレルギーチェック票

利用申込受付時用

ふりがな()	保護者
児童氏名:	氏名: (続柄:)
生年月日: 年 月 日	TEL: ()
性別: 男 ・ 女	

給食の提供が可能か確認するため、食物アレルギーの状況を伺います。

※ 安全性を最優先に対応するため、アレルギーの状況により給食を提供できない場合があります。

1. 医師の指示又は症状が出たため除去している食品はありますか。

(ある ・ ない)



ある場合は、食品名をご記入ください。

()

2. 食物アレルギーの症状が初めて出た時の状況と対応についてご記入ください。

* いつごろ 年 月頃 (歳 か月頃)

* どのような時 _____

* どのような症状 ☐ 発疹 (顔 ・ 目周辺 ・ 口周辺 ・ 首 ・ 腹部 ・ 手足 ・ 背中)
☐ 嘔吐 ☐ その他 ()

* その後どうしたか _____

* 医療機関の受診は (した ・ しない)

↳ 医療機関名: ()

診断結果: ()

3. アナフィラキシーショックを起こしたことがありますか。

(ない ・ ある)

↳ 時期: 年 月頃 (歳 か月頃)

原因 ・ 症状: ()

裏面もご記入ください。

4. 3で「ある」の場合、緊急時に備えた処方薬はありますか。

- ☐ 抗ヒスタミン薬・ステロイド薬（内服薬） ☐ アドレナリン自己注射薬（エピペン）

☐ その他()

5. 食物アレルギーについて、集団生活を送るうえで配慮が必要な事柄があれば、ご記入ください。

※ 食物アレルギーが「ある」場合は、医師の診断を受けて「生活管理指導票」をご提出いただき、給食提供前にアレルギー面談を行います。

授乳・離乳食について伺います。(0・1・2歳児クラスの方のみ)

授乳・離乳食の状況

順調にすすんでいる、またはすすんでいましたか。

(はい ・ いいえ)

└▶ 状況をご記入ください。

その他、配慮すべき事項について伺います。

宗教上等の理由により、食べられない食品や配慮が必要な事柄がありますか。

(はい ・ いいえ)

食べられない食材や配慮が必要な事柄をご記入ください。

※ 宗教上等の理由により給食で食べられない食材がある場合は、面談を行います。
状況により、給食を提供できないことがあります。