令和８年３月２５日（水）に**全員**提出です　※裏面あり

アレルギー疾患調査票(中学校版)

記入日 令和　　年　　月　　日



学校給食の除去食希望の調査も含まれます。

小学 ６ 年　　組　　番 氏名
中学 １ 年　　組　　番 ＊担任が記入します
保護者氏名

＊個人情報の取扱いについては十分配慮します。

学校生活(学校給食･修学旅行･スキー林間学校･調理実習･部活動　等)において下記に記載する

アレルギー疾患の**管理や配慮について回答してください。**

全員回答

下記に該当するアレルギー疾患が　ある　・　ない

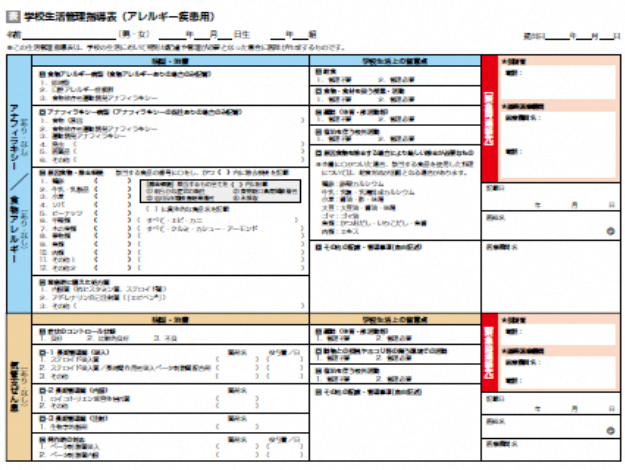
「ない」と答えた方は以上で質問終了です。裏面記入の必要ありません。

「ある」と答えた方は↓以下にお答えください。

該当するアレルギー疾患に、□にチェックを入れ、管理や配慮の希望の有無に○をしてください。

チェック	アレルギー疾患名	管理や配慮の希望の有無	
① □	気　管　支　喘　息	希望有り	希望無し
② □	アトピー性 皮 膚 炎	希望有り	希望無し
③ □	アレルギー性 結 膜 炎	希望有り	希望無し
④ □	アレルギー性 鼻 炎	希望有り	希望無し
⑤ □	アナフィラキシー	希望有り	希望無し
⑥ □	食　物　アレルギー 学校行事･授業･クラブ活動などの配慮	希望有り	希望無し
⑦ □	食　物　アレルギー 学 校 給 食 除 去 食 について	希望有り	希望無し

⑦を希望する場合は裏面に進んでください。


学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

希望有りに○をした方には、
左記の「学校生活管理指導表」を後日配付します。
医療機関で記入頂き、学校に提出後、必要に応じて面談を行います。

※主治医･専門医からの指導や指示がある場合に限ります。
※学校生活管理指導表は医療機関での記入になります。
費用は有料で、保護者負担となる可能性があります。
詳しくは通知のご留意事項を確認ください。

※表面あり

学校給食の除去食に関する調査

年　　組　　番 氏名

（表面からの続きです）　　＊個人情報の取扱いについては十分配慮します。

表面の⑦で「希望する」と答えた方にお聞きします。

(1)食物アレルギーの状況についてお書きください。

原因食物	原因食物を食した時に現れる症状

(2)医師の診断を受けていますか。	はい　・　いいえ 「はい」の方は以下の質問にお答えください。
ア 受診されている病院名	病院名
イ 医師の最終診断はいつですか。	平成・令和　　年　　月　　日
ウ 医師から書面での証明はありますか。 ＊医師の証明がある場合は、 該当するものに○をつけてください。	はい　・　いいえ 診断書 ・ 食事指示書 ・ 各種検査結果票 学校生活管理指導表 ・その他(　　)
(3)アナフィラキシーショックを起こした経験がありますか。	はい　・　いいえ 「はい」の方は以下の質問にお答えください。
ア ショック症状を起こした回数	回
イ ショック症状を起こした原因食物	食物名
ウ ショック症状を起こした最終時期	平成・令和　　年　　月　　歳
(4)家庭での食事の状況についてお書きください。 該当するものに○をつけてください。 「オ その他」については、具体的に記入してください。	**ア　完全除去** **イ　本人の体調により除去** **ウ　本人除去** **エ　特に配慮なし** **オ　その他** (　　)
(5)給食において除去食の対応を希望しますか。 ※医師の診断を受けていない場合は、除去食の対応はできません。 ※面談を行い、安全な給食提供が困難と判断された場合は、弁当対応となります。 **★そば、落花生(ピーナッツ)、一部の木の実類、いくらは、学校給食では使用しません。** **木の実類のうち、アーモンド、カカオ(ココア)、栗、ココナッツ(ナタデココ)は使用します。**	希望する　・　希望しない ＊「希望する」方は学校生活管理指導表の提出と面談が必須となります。(★該当者を除く) ＊面談を行うため、必ず連絡のとれる電話番号を記入してください。 **TEL**

ご協力ありがとうございました。