

〈食物アレルギーに関する調査票〉（就学児検診）

令和8年度に入学する学校名・学年 _____ 小学校 1年

（ふりがな） （ ）

お子さんの氏名 _____

1. お子さんに食物アレルギーはありますか。

① ある ② ない ➡ 回答ありがとうございました。



以下は、「①ある」と回答した方のみ記入してください。

2. 症状を起こす原因食品を記入してください。

3. どのような症状がありますか。

- ① 皮膚粘膜症状（皮膚のかゆみ、湿疹、蕁麻疹、眼のかゆみなど）
- ② 消化器症状（腹痛、下痢、吐き気、嘔吐など）
- ③ 上気道症状（口腔内や喉の違和感、イガイガする、腫れる、くしゃみ、鼻水など）
- ④ 下気道症状（咳、喘息、呼吸困難）
- ⑤ 全身症状（脈が速くなる、血圧低下、ぐったりする、意識障害など）

4. 原因食品の摂取状況について

- ① 全く食べていない。
- ② 体調などによって、食べたり食べなかったりする。
- ③ 量を制限して、食べている。
- ④ 制限せずに食べている。

〈食物アレルギーが「ある」と回答した方対象〉

給食センターでは、個々のお子さんに応じた「個別献立表」（給食に使用している原因食品を記載した献立表）の作成を行っています。「対応食は要らないが、原因食品を使っている献立を事前に知りたい」など、ご希望の方は次にご記入ください。希望内容を検討し対応可能な場合は毎月送付いたします。

個別献立表の送付を希望します。 _____ 保護者氏名

連絡先電話番号 _____ F A X _____

電話連絡の都合のよい時間帯 _____ : _____ ~ _____ :

電話連絡の都合のよい 曜日 _____



食物アレルギー対応食を希望する方のみ記入してください。

〈食物アレルギー対応食依頼書〉

令和8年度の学校給食について、食物アレルギー対応食の提供を依頼します。
対応を受ける児童、原因食品等については調査票の記入のとおりです。

保護者氏名 _____ 連絡先電話番号 _____
F A X 番号 _____

電話連絡の都合のよい時間帯 _____ : _____ ~ _____ :

電話連絡の都合のよい 曜日 _____

※ 後日、給食センターより直接お電話いたします。その後の手続き方法についてご説明しますので医療機関への受診等はそれまでお待ちください。