

令和6年3月25日（月）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。

（旧クラス 6年 組 番 小学校）

年 組 番 氏名

\* 個人情報の取扱いについては十分配慮します。

保護者氏名

学校生活（学校給食・修学旅行・スキー林間学校・調理実習・職場体験学習・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。

質問1

全員回答

質問2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。裏面記入も必要ありません。

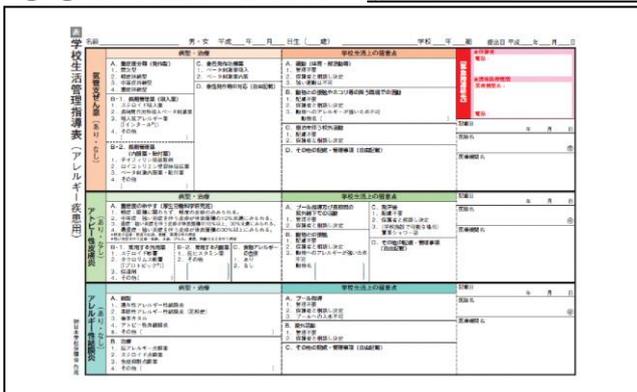
質問2

「ある」の方は、下記についてお答えください。

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。

アレルギー疾患名	管理や配慮の希望の有無	
① <input type="checkbox"/> 気管支喘息	希望有り	希望無し
② <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	希望有り	希望無し
③ <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎	希望有り	希望無し
④ <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎	希望有り	希望無し
⑤ <input type="checkbox"/> アナフィラキシー	希望有り	希望無し
⑥ <input type="checkbox"/> 食物アレルギー 学校行事・授業・部活などの配慮	希望有り	希望無し
⑦ <input type="checkbox"/> 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

⑥⑦を希望する場合は裏面に進んでください。



希望有りに○をした方には、左記の「学校生活管理指導表」を医療機関で記入してもらい、学校に提出後、必要に応じて面談を行います。

※学校生活管理指導表は医療機関での記入になります。食物アレルギー専用の管理指導表以外のアレルギーの管理指導表の費用は有料で、保護者負担となりますのでご了承ください。

令和6年3月25日（月）に**全員**提出です ※裏面あり

## 学校給食の除去食に関する調査

(旧クラス 6年 組 番 小学校)  
年 組 番 氏名

(裏面からの続きです)

裏面の⑥⑦で「希望する」と答えた方にお聞きします。

(1) どのようなアレルギー、または病気ですか。	
(2) 食物アレルギーの状況についてお書きください。	
原因食品	原因食品を食した時に現れる症状
(3) 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。	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( )
(4) 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品	食品名
ウ ショック症状を起こした最終時期	年 月 歳
(5) 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 ( )
(6) 給食において除去食の対応を希望しますか。 (学校生活管理指導表の提出と面談が必須になります。) ※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。	希望する ・ 希望しない * 「希望する」の方は詳細について面談を行いますので、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。