

(様式1) <単独校用>

年 月 日

保護者 様

各務原市教育委員会

学校給食対応に関する調査について (依頼)

食物アレルギー等を有する児童生徒が学校生活を円滑に送り、給食時間を安心して過ごすことができるようにするため、各務原市では給食対応を実施しております。食物アレルギーは呼吸困難等の重篤な症状を引き起こすこともあるため、学校給食においては主治医の診断のもとに保護者と連携を図りながら、慎重に対応する必要があります。

ついては、お子様の食物アレルギー等の状況及び対応について、下記及び裏面の調査票に必要事項をご記入いただき、学校へ提出していただきますようご協力お願いします。(調査票については各学校で保管し、単独校調理場と情報を共有させていただきます。)

学校給食対応に関する調査票 1 (年度)

学校	児童生徒氏名		男 ・ 女
記入年月日: 年 月 日	保護者氏名	印	

次の2つの質問にお答えください。(該当する方に○をつけてください。)

1 現在「食物アレルギー」と医師から診断され食品除去等の指示を受けていますか。

いいえ ・ はい

2 上記「食物アレルギー」以外(例:乳糖不耐症・摂食障害・内臓疾患など)で医師に診断され、食事制限や食品除去の指示を受けていますか。

いいえ ・ はい

「1」または「2」で「はい」と答えた方は、裏面にもお答えください。

学校給食対応に関する調査票 2 (年度)

※食物アレルギー等のある方への質問です。

1 除去食品と現在の症状、家庭での食事で配慮している点をお書きください。

除去食品	現在の症状	家庭での配慮

2 アナフィラキシーショック（呼吸困難や血圧低下、意識障害等）の経験はありますか。

いいえ はい → 回数： 回 最後の発症： 年 月 日

原因： _____

3 運動でアレルギーの症状を発症したことがありますか。

いいえ はい → 食事との関連あり・食事との関連なし 原因： _____

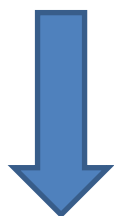
4 食物アレルギーのために使用している薬はありますか。

いいえ はい → 薬剤名： _____ (常時服用・発症時服用・エピペン処方)

5 学校給食において、「食物アレルギー等」での配慮を希望しますか。

いいえ ①医師の診断により、除去や配慮の必要がない場合
 ②原因食品は自分で除去して給食を食べるが、見届けを必要としない場合

はい ①医師の診断により、除去や配慮を必要とする場合
 ②原因食品は自分で除去して給食を食べるが、見届けを必要とする場合
 ③詳細な材料表や加工品の使用材料表を受ける場合
 ④除去食の提供を受ける場合
 ⑤食べられない物の代替え品を持参する場合



上記5で「はい」と答えた方については、「学校生活管理指導表」等をお渡しします。

※医療機関による「学校生活管理指導表」または「医師の証明書」の記載に要する費用は、保護者様のご負担となります。

※具体的な配慮内容や方法は、この調査後に学校からお渡しする「学校生活管理指導表」「学校給食食物アレルギー等給食対応申請書」を提出していただき、面談後決定します。