

記入日： 年 月 日

## 食物アレルギー対応 事前調査書

荒川区教育委員会 荒川区立

学校

新 学 年	年・新一年	性 別	男 ・ 女
ふ り が な 児童・生徒氏名		生 年 月 日	
保 護 者 氏 名		連 絡 先 ( 電 話 )	

新中学一年生は出身小学校を記入してください。

荒川区立小中学校の給食等において、お子さまの食物アレルギーの有無等について確認し、安全・安心な運営を行うため、以下の質問について、該当する箇所に○をつけ、必要事項のご記入をお願いします。

※全ての質問項目をご確認ください。

1 現在、医師により、食物アレルギーがあると診断をされていますか	はい 直近の診断： 年 月頃 原因食材（すべて記入） 〔 〕	いいえ
2 学校給食等において、食物アレルギーへの対応を希望しますか。希望する場合、それはどのような状況でしょうか	希望する A. 給食 B. 食物・食材を扱う授業・活動 C. 宿泊を伴う活動 D. その他（ ） 〔 〕	希望しない A. 食物アレルギーがないため B. その他 〔 〕
3 現在、食物アレルギー疾患のために使用（携帯）している薬はありますか	はい A. エピペン®（ mg） B. 内服薬 〔 〕	いいえ
4 今までにアナフィラキシーショックの経験はありますか ※アナフィラキシーショックとは、極めて短い時間のうちに全身にアレルギー症状（じんましん、下痢、呼吸困難、低血圧等）が出て、生命に危険が伴う状態	はい 回数： 回 直近の発症： 年 月頃	いいえ

※希望しない場合、以上で回答は終わりです。

※食物アレルギーの対応は、医師の診断（生活管理指導表提出）を必要とします。