



食物アレルギーに関する調査票

★ こちらの用紙は2月の入学説明会までにご記入のうえ、お持ちください。

年 月 入学予定 (ふりがな) 児童・生徒名 :
クラス : 年 組 番 生 年 月 日 : 年 月 日

※質問に対し、当てはまる事柄を○で囲み、必要事項を記入してください。

アレルギー疾患について	【質問1】 現在治療中のアレルギー疾患がありますか？ ・気管支喘息 ・アレルギー性鼻炎 ・アトピー性皮膚炎 ・アレルギー性結膜炎 ・その他()
	【質問2】 アレルギー症状を引き起こす原因は何ですか？ ・ダニ ・ハウスダスト ・ペットのフケ、毛等 ・花粉 ・カビ ・ハチ毒 ・食品(種類は【質問3】以降) ・ラテックス(天然ゴム) ・金属 ・医薬品() ・その他()

食物アレルギーの原因食品	【質問3】 食物アレルギーを起こす原因食品は何ですか？ 食品名()
	【質問4】 現在除去中の食品はありますか？ いいえ ・ はい → (食品名:)
	【質問5】 上記【質問4】の除去食はどなたが判断しましたか？ 医師 ・ 保護者 ・ その他 ()
	【質問6】 過去に除去食を行っていたが、現在は食べられるようになった食品はありますか？ いいえ ・ はい → (食品名:)
	【質問7】 アレルギー検査を受けたことがありますか？ いいえ ・ はい → 結果 (陽性 食品名:) (最終検査年月: 年 月)

食物アレルギーの症状について	【質問8】 原因食品を摂取後に起こる症状は？																
	<table><tr><th>食品名</th><th>症 状(具体的な症状)</th></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>	食品名	症 状(具体的な症状)														
	食品名	症 状(具体的な症状)															

児童・生徒名: _____

[illegible]

食物アレルギー除去食・給食停止 実施申請書（新規用）

和泉市立

学校園長 様

保護者名

印

食物アレルギーによる学校給食への対応について、下記のとおり学校生活管理指導表（診断書、意見書等）を添えて申請します。

記

(ふりがな) 児童・生徒名		年組	年 組	生年月日	年 月 日
住所	〒			電話番号	
緊急連絡先			続柄	電話番号	
			続柄	電話番号	
かかりつけの 医療機関				電話番号	

希望する 対応内容 (該当項目に チェック)	☐ 除去食希望 《 ☐ 卵類 ・ ☐ 牛乳・乳製品 》 ☐ 給食停止希望 ☐ 給食一部停止希望 ☐ 牛乳停止 ☐ ごはん停止 ☐ パン停止 ☐ 弁当(または代替食)持参(食物名) ☐ その他()
★学校園における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本票に記載された内容を教職員全員で共有することに同意します。また、食物アレルギー除去食の実施に当たり、微量混入(コンタミネーション)の可能性があることに同意いたします。 保護者署名：	

※食物アレルギーに係る学校給食費返金等の申請書類が別途ございます。

食物アレルギー除去食・給食停止 実施申請書（継続用）

和泉市立

学校園長 様

保護者名

印

食物アレルギーによる学校給食への対応について、下記のとおり申請いたします。

なお、診断の結果は、昨年度と変更が（ ありません ・ あります ）。

※変更がない場合にも、学校生活管理指導表(診断書、意見書等)を添付してください。

記

(ふりがな) 児童・生徒名		年組	年 組	生年月日	年 月 日
住所	〒			電話番号	
緊急連絡先			続柄	電話番号	
			続柄	電話番号	
かかりつけの 医療機関				電話番号	

希望する 対応内容 (該当項目に チェック)	☐ 除去食希望 《 ☐ 卵類 ・ ☐ 牛乳・乳製品 》 ☐ 給食停止希望 ☐ 給食一部停止希望 ☐ 牛乳停止 ☐ ごはん停止 ☐ パン停止 ☐ 弁当(または代替食)持参(食物名) ☐ その他()
★学校園における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本票に記載された内容を教職員全員で共有することに同意します。また、食物アレルギー除去食の実施に当たり、微量混入(コンタミネーション)の可能性があることに同意いたします。 保護者署名：	

※食物アレルギーに係る学校給食費返金等の申請書類が別途ございます。

(別紙様式14の3)

情報提供先学校名 _____
学校医等 _____ 殿

学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)

名前 _____ (男・女) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 年 _____ 組 提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※この生活管理指導表は、学校の生活において特別な配慮や管理が必要となった場合に医師が作成するものです。

アナフィラキシー(あり・なし) / 食物アレルギー(あり・なし)	病型・治療		学校生活上の留意点		【緊急時連絡先】 ★保護者 電話 ★連絡医療機関 医療機関名 電話 記載日 ____年____月____日 医師名 _____ 医療機関名 _____
	A 食物アレルギー病型(食物アレルギーありの場合のみ記載) 1. 即時型 2. 口腔アレルギー症候群 3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー		A 給食 1. 管理不要 2. 管理必要		
	B アナフィラキシー病型(アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載) 1. 食物 (原因)) 2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 3. 運動誘発アナフィラキシー 4. 昆虫 () 5. 医薬品 () 6. その他 ()		B 食物・食材を扱う授業・活動 1. 管理不要 2. 管理必要		
	C 原因食物・除去根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に除去根拠を記載 1. 鶏卵 《 》 [除去根拠] 該当するものを《 》内に記載 2. 牛乳・乳製品 《 》 ① 明らかな症状の既往 ② 食物経口負荷試験陽性 3. 小麦 《 》 ③ IgE抗体等検査結果陽性 ④ 未摂取 4. ソバ 《 》 ()に具体的な食品名を記載 5. ピーナッツ 《 》 6. 甲殻類 《 》 (すべて・エビ・カニ)) 7. 木の实類 《 》 (すべて・クルミ・カシュー・アーモンド)) 8. 果物類 《 》 () 9. 魚類 《 》 () 10. 肉類 《 》 () 11. その他1 《 》 () 12. その他2 《 》 ()		C 運動(体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 管理必要		
	D 緊急時に備えた処方薬 1. 内服薬(抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) 2. アドレナリン自己注射薬(「エピペン®」) 3. その他 ()		D 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要		
		E 原因食物を除去する場合により厳しい除去が必要なもの ※本欄に○がついた場合、該当する食品を使用した料理については、給食対応が困難となる場合があります。 鶏卵：卵殻カルシウム 牛乳：乳糖・乳清焼成カルシウム 小麦：醤油・酢・味噌 大豆：大豆油・醤油・味噌 ゴマ：ゴマ油 魚類：かつおだし・いりこだし・魚醤 肉類：エキス		F その他の配慮・管理事項(自由記述)	

学校における日常の取組及び緊急時の対応に活用するため、本票に記載された内容を学校の全教職員及び関係機関等で共有することに同意します。
保護者氏名 _____

様式14

アドレナリン自己注射薬(エピペン®)対応票

（ふりがな）
 クラス： 年 組 番 児童・生徒名：
 生 年 月 日： 年 月 日

※質問に対し、当てはまる事柄を○で囲み、必要事項を記入してください。

【質問1】 食物アレルギーを起こす原因食品は何ですか？ 食品名（ ）
【質問2】 これまでに食物アレルギーの症状がおきたことがありますか？（ い い え ・ は い ） （ 食品名 ： 症状 ）
【質問3】 主治医から運動や課外活動・調理実習・宿泊・学校生活等で注意を受けていますか？ （ い い え ・ は い ） 指導内容
【質問4】 緊急時の対応についてどのようにお考えですか？ご希望についてお書きください。
★学校園における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本票に記載された内容を教職員全員で共有することに同意します。また、食物アレルギー除去食の実施に当たり、微量混入(コンタミネーション)の可能性のあることに同意いたします。 保護者署名： _____

以下、面談時に記入

薬剤使用時の留意事項等	使用薬剤名	
	管理方法	本人保管 ・ 学校園保管 〔理由〕
	保管場所	
	保管期間 (更新時期)	
	使用条件	
	使用上の留意点	
学校園記入欄		

令和 年 月 日

保 護 者 様

和泉市立

校園長

印

食物アレルギー除去食・給食停止 実施決定について（通知）

この度申請のありました食物アレルギー除去食・給食停止について、下記のとおり決定しましたので、お知らせいたします。

記

児童・生徒名		年 組	年 組
--------	--	-----	-----

対応開始日	年 月 日
対応内容	☐ 除去食の対応 《 ☐ 卵類 ・ ☐ 牛乳・乳製品 》 ☐ 給食の停止（弁当持参） ☐ 給食の一部停止 { ☐ 牛乳停止 ☐ ごはん停止 ☐ パン停止 ☐ おかず全部停止 ☐ おかず一部停止 ☐ その他()
その他	



食 物 ア レ ル ギ ー 個 人 調 査 票

《保護者の方へ》

この調査票は、学校園での健康管理にあたって児童生徒の食物アレルギーの状況を正しく把握するためのものです。毎年、ご家庭に返却しますので、該当学年の欄に正確に記入をお願いします。

また、この書類は9年間使用しますので、ていねいに取り扱ってください。

(ふりがな) 児童・生徒名							生年月日	年 月 日		
年度										
学校園名										
年	小1	2	3	4	5	6	中1(7年生)	2(8年生)	3(9年生)	
組										
番号										
担任名										

例	原因食品	卵・えび	で病院 の処 置 や 対 応		
	症状	※原因食品・発生年月日など、なるべく詳細に 〇月〇日卵を使用しているアイスクリームを 誤って食べた。 5分後から 全身じんましん、かゆみ、咳、 喘鳴の発現	服薬	薬名① (エピペン) 飲み方① (発症時注射)	薬名② (抗ヒスタミン薬) 飲み方② (発症時)
小学1年	原因食品		で病院 の処 置 や 対 応		
	症状	※原因食品・発生年月日など、なるべく詳細に	服薬	薬名① () 飲み方① ()	薬名② () 飲み方② ()
小学2年	原因食品		で病院 の処 置 や 対 応		
	症状	※原因食品・発生年月日など、なるべく詳細に	服薬	薬名① () 飲み方① ()	薬名② () 飲み方② ()
小学3年	原因食品		で病院 の処 置 や 対 応		
	症状	※原因食品・発生年月日など、なるべく詳細に	服薬	薬名① () 飲み方① ()	薬名② () 飲み方② ()
小学4年	原因食品		で病院 の処 置 や 対 応		
	症状	※原因食品・発生年月日など、なるべく詳細に	服薬	薬名① () 飲み方① ()	薬名② () 飲み方② ()

小学5年	原因食品		で病院 の処 置 や 対 応		
	症状	※原因食品・発生年月日など、なるべく詳細に	服薬	薬名① () 飲み方① ()	薬名② () 飲み方② ()
小学6年	原因食品		で病院 の処 置 や 対 応		
	症状	※原因食品・発生年月日など、なるべく詳細に	服薬	薬名① () 飲み方① ()	薬名② () 飲み方② ()
中学1年 (7年)	原因食品		で病院 の処 置 や 対 応		
	症状	※原因食品・発生年月日など、なるべく詳細に	服薬	薬名① () 飲み方① ()	薬名② () 飲み方② ()
中学2年 (8年)	原因食品		で病院 の処 置 や 対 応		
	症状	※原因食品・発生年月日など、なるべく詳細に	服薬	薬名① () 飲み方① ()	薬名② () 飲み方② ()
中学3年 (9年)	原因食品		で病院 の処 置 や 対 応		
	症状	※原因食品・発生年月日など、なるべく詳細に	服薬	薬名① () 飲み方① ()	薬名② () 飲み方② ()

学校作成用
年度 食物アレルギー等対応児童・生徒一覧表
令和 年 日 作成

作成日		年	月	日
校長	教頭	養護教諭	栄養教諭	

No.	年	組	性別	氏名	アナフィラキシー既住	エビ・ペン持参	飲み薬持参	給食提供	弁当持参	飲用牛乳停止	牛乳・乳製品	鶏卵	パン停止	小麦	大豆	いか・たこ	魚卵	魚類	貝類	ごま	りんご	その他果物	肉類	備考
1				和泉古代	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								
26																								
27																								
28																								
29																								
30																								

管理指導表提出数	給食提供
1	1

アナフィラキシー既住	エビ・ペン持参	飲み薬持参
1	1	1

飲用牛乳停止	牛乳・乳製品	鶏卵	パン停止	小麦	大豆	いか・たこ	魚卵	魚類	貝類	ごま	りんご	その他果物	肉類
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0