

家庭における食物アレルギー対応の程度(保護者記入)

学校名 _____ 学校 年 組 _____ (フリガナ) 名前 _____ 性別()

記入年月日: _____ 年 月 日 _____ (フリガナ) 保護者名 _____

1. 現在、食物アレルギーと診断され、食事療法を行っていますか。

はい ※ はい と回答いただいた場合のみ、食物アレルギー対応食提供の対象となります。

2. 食物アレルギー(鶏卵・うずら卵)の症状の程度と家庭での対応は何ですか。

食物名	症状の程度			家庭での対応
	量	加熱	食した時の症状	
鶏卵 うずら卵	<input type="checkbox"/> 加工食品・調味料等に含まれる微量(コンタミネーション)も不可 <input type="checkbox"/> 除去(コンタミネーションは含まず) <input type="checkbox"/> 加工品は可(つなぎ等) <input type="checkbox"/> ある程度の量まで食べられる 例:白身 1/2 個 ()	<input type="checkbox"/> 加熱後も不可 <input type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 本人による除去 <input type="checkbox"/> 特に配慮をしていない <input type="checkbox"/> その他 ()

※コンタミネーション・・・原材料には含まれていないが、食品の製造過程で機械や器具から偶発的にアレルギーが混入してしまうこと

3. 除去食対象食品(鶏卵・うずら卵)以外で食物アレルギーのある場合は、その食品名をご記入ください。

--

4. 過去に医療機関で、アナフィラキシーなど緊急処置をしたことがある場合は、その食品名をご記入ください。(全身性の皮膚症状、呼吸器症状、血圧低下、ぐったり、意識障害など)

原因となった食品名			
症状が出た年齢			
具体的な症状			

保護者 → 学校(コピーを学校保管) → 教育委員会(原本保管)