

# 児童生徒の学校教育活動における 食物アレルギー等に関する調査票

お子さまの状況について、各質問の該当する学年の欄に記入してください。  
あてはまるものに○を付け、必要な箇所は記述してください。

校名	十日町市立 学校							中学校	
学年	就学前	1年	2年	3年	4年	5年	6年	1年	2年
組									
番									
氏名							生年月日	平成・令和 年 月 日生	

調査内容	学年	就学前	小1年	小2年	小3年	小4年	小5年	小6年	中1年	中2年
	記入日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	保護者署名									
表紙の記入上の注意について同意されますか。	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
質問1 現在、お子さんに食物アレルギーはありますか。	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
「いいえ」と答えた方→質問4へお進みください。 「はい」と答えた方へ→質問2へお進みください。										
質問2 質問1のアレルギーとなる食品は何ですか。食品名をお書きください。										
質問3 質問2の食品について、食物アレルギー検査を受けていますか。	はい 最終受診 年 月	いいえ	はい 最終受診 年 月	いいえ	はい 最終受診 年 月	いいえ	はい 最終受診 年 月	いいえ	はい 最終受診 年 月	いいえ
質問4 食物アレルギー以外で、対応が必要な食品はありますか？ 「はい」と答えた方は、食品名を記載し、その理由を1～3の中から選びお答えください。	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
	食品名	食品名	食品名	食品名	食品名	食品名	食品名	食品名	食品名	食品名
	1 乳糖不耐症	1 乳糖不耐症	1 乳糖不耐症	1 乳糖不耐症	1 乳糖不耐症	1 乳糖不耐症	1 乳糖不耐症	1 乳糖不耐症	1 乳糖不耐症	1 乳糖不耐症
	2 服薬等のため医師から禁止されている。	2 服薬等のため医師から禁止されている。	2 服薬等のため医師から禁止されている。	2 服薬等のため医師から禁止されている。	2 服薬等のため医師から禁止されている。	2 服薬等のため医師から禁止されている。	2 服薬等のため医師から禁止されている。	2 服薬等のため医師から禁止されている。	2 服薬等のため医師から禁止されている。	2 服薬等のため医師から禁止されている。
	3 その他 ( )	3 その他 ( )	3 その他 ( )	3 その他 ( )	3 その他 ( )	3 その他 ( )	3 その他 ( )	3 その他 ( )	3 その他 ( )	3 その他 ( )
備考 自由記述										

※ 学校給食の対応については、医師の診断・指示をもとに保護者と面談して決めていきます。

# 秘 児童生徒の学校教育活動における 食物アレルギー等に関する調査票

フリガナ 氏名	
------------	--

校名	小学校						中学校		
学年	就学前	1年	2年	3年	4年	5年	6年	1年	2年
組									
番									

※保護者の皆様へ（お願い）

下記の「記入上の注意」をよく読んでからご記入ください。

## 記入上の注意

この調査票は食物アレルギー対応のための大切な資料となるものです。注意事項をよく読み、正確にご記入ください。

- 質問1から順によく読んで記入してください。回答によって次の質問に進んでもらう項目がありますので、ご注意ください。
- この調査票はお子さまの中学校卒業までの9年間使用するものですので、破損・紛失などのないよう、注意してください。
- プライバシー保護のため、内側から半分に折って提出してください。なお、この問診票はアレルギー対応以外には使用しません。学校もプライバシー保護には十分注意しますので、ご安心ください。