

# 食物アレルギー調査票

○年○組○番号 氏名 **浦城 太郎**

(1) 現在、食物アレルギーはありますか？

いいえ ⇒ 質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

はい ⇒ 質問(2)～(5)にお答えください

(2) 食物アレルギーの様子について詳しく教えてください。(複数ある場合、すべて記入。)

原因食物	症状	診断時期	医療機関名	受けた検査	受診の状況
(例) たまご	(例) ・喉のかゆみ ・アトピー性 ショック	(例) 5才頃	(例) 〇〇病院 小児科	(例) 血液検査 経口食物 負荷試験	<input type="checkbox"/> 現在も定期的に受診している <input checked="" type="checkbox"/> 以前受診していたが、今は受診していない ⇒最後の受診(6)歳頃 <input type="checkbox"/> 病院で検査・診断を受けたことはない
<b>たまご</b>	<b>発疹 口の痒み</b>	<b>0才</b>	<b>〇〇 小児科</b>	<b>血液検査</b>	<input checked="" type="checkbox"/> 現在も定期的に受診している <input type="checkbox"/> 以前受診していたが、今は受診していない ⇒最後の受診( )歳頃 <input type="checkbox"/> 病院で検査・診断を受けたことがない
					<input type="checkbox"/> 現在も定期的に受診している <input type="checkbox"/> 以前受診していたが、今は受診していない ⇒最後の受診( )歳頃 <input type="checkbox"/> 病院で検査・診断を受けたことがない

(3) ご家庭で実施している除去等の対応を、具体的にご記入ください。

**生卵は食べさせない。加熱したものは食べられるが、半熟は食べられない。**

(4) 食物アレルギーの治療または緊急時に使用するために処方されている薬はありますか？

はい (1~3のいずれかに記載してください)  いいえ

1.  内服薬 (薬名: **アレロック**) 2.  アドレタリン自己注射薬 (EpiPen)

3.  その他 ( )

(5) 給食の対応【詳細献立表対応(※) / お弁当やおかずの持参 / 牛乳の停止】を希望しますか。

・浦添市では学校給食のアレルギー対応として除去食および代替食の提供が出来ません。

・担任と給食前にメニューの確認が必要な場合や、メニューによって弁当持参が必要な場合は、

「希望する」にチェックしてください。

対応を希望しない。

(希望しない場合でも、面談や医師記入書類の提出をお願いすることがあります。)

自己除去出来るので、給食の対応は必要ない

希望する ⇒ 医師記入の「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」および「食物アレルギー対応申請書」等を提出していただき、学校にて保護者と関係職員で面談(共通確認)を行います。学校より連絡いたします。

(※) 詳細献立表(アレルギー)対応とは・・・

① 献立表を家庭へ2枚配布(毎月末)

② 2枚のうち1枚は、家庭で食べられない食品をチェックし担任へ提出する

記入例

# 令和 8 年度 保健調査票

4月始業式  
入学式の日  
に  
学級担任へ提出

この調査はお子さんの心身の健康状態について調べ、学校で行う健康診断の資料にするのと同時に、学校内での事故や急病時(緊急時)に適切な処置を行うための大切な資料です。それ以外の目的には一切使用いたしません。両面の内容について記入してください。また、緊急時の連絡先は特に大切ですので確実に3番目までご記入ください。

浦添市立浦城小学校		○年	○組	○番	( <input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女 )
(ふりがな)	うらしろ たろう		生 年	□平成・ <input checked="" type="checkbox"/> 令和	
児童名	浦城 太郎		月 日	○年 ○月 ○日	
			平 熱	○○.○ 度	
現住所	浦添市 ○○○○丁目○番地○		電話番号	( ○○○-○○○○-○○○ )	
	○○○アパート ○○○号室				
保護者名	浦城 一郎		児童との続柄	父	
勤務先	株式会社 ○○○○		電 話	総務部 ○○○-○○○-○○○○	
緊急時の連絡先		第一連絡先	第二連絡先	第三連絡先	
	(ふりがな)	うらしろ いちろう	うらしろ なおこ	○○しゃくしょ ○○か	
	氏名 又は 職場名	浦城 一郎	浦城 直子	○○市役所 3階 ○○課	
	電話	○○○-○○○○-○○○○	○○○-○○○○-○○○○	○○○-○○○○-○○○○	
	続柄	父	母	母 職場	
かかりつけの医師	小児科	○○○小児科		本校	○年 ○組: 浦城 次郎
	内科			にいる	○年 ○組: 浦城 三郎
	外科	○○○整形外科		兄弟	年 組:
	整形外科			姉妹	年 組:
受けた予防接種					
これまでに受けた予防接種にレ印をつけて下さい。(親子(母子)手帳を参考に記入して下さい)					
<input checked="" type="checkbox"/> BCG			<input checked="" type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふく)		
<input checked="" type="checkbox"/> ポリオ			<input type="checkbox"/> 水痘(みずぼうそう)		
<input checked="" type="checkbox"/> MR<麻しん・風しん混合ワクチン>			<input checked="" type="checkbox"/> DPT<ジフテリア・百日せき・破傷風>		
<input type="checkbox"/> 麻しん(はしか)			<input type="checkbox"/> その他		
<input type="checkbox"/> 風しん(3日はしか)					

※連絡先が変更になった場合は、その都度学級担任へお知らせ願います。

