

## 食事制限等調査(保護者記入)

氏名	フリガナ	性別	
保護者氏名			
団体名			
連絡先電話番号			

① 現在、医師に食物アレルギーと診断され、通院していますか。

- ・ 定期的に通院している
- ・ 1年以上、通院していない

② 医師より除去が必要と診断されている食材について、該当欄に○をつけてください。

アレルギー物質		アレルギーの程度		
1	卵	・重度(全て除去)	・軽度(加熱してあればOK)	・自己判断できる
2	乳製品( )	・重度(全て除去)	・軽度(加熱してあればOK)	・自己判断できる
3	小麦	・重度(全て除去)	・軽度(加熱してあればOK)	・自己判断できる
4	そば	・重度(全て除去)	・軽度(加熱してあればOK)	・自己判断できる
5	落花生	・重度(全て除去)	・軽度(加熱してあればOK)	・自己判断できる
6	甲殻類( )	・重度(全て除去)	・軽度(加熱してあればOK)	・自己判断できる
7	フルーツ( )	・重度(全て除去)	・軽度(加熱してあればOK)	・自己判断できる
8	その他( )	・重度(全て除去)	・軽度(加熱してあればOK)	・自己判断できる

上記以外に、医師により除去が必要と診断されている食品がある場合は、具体的な品目を下記にご記入ください。食材として用いないで調理を行います。加工食品については、表示義務がない食材であることから確認ができないことがありますので、詳細は個別にご相談させていただきます。

③ 食物アレルギーの症状が出た場合の治療薬をお持ちですか。

- ・ はい(飲み薬・注射)
- ・ いいえ

「はい」とお答えになった場合、薬剤使用のタイミング、病院受診のタイミングについて主治医の指示を受けておいてください。

本調査票は、食物アレルギーのあるお子様の校外活動において、宿泊施設、食事提供施設における食の安全を確保するための資料とすることを目的とし、宿泊施設、食事提供施設において共有するものです。その他の目的に使用することは一切ありません。

また、本調査は、個人情報の取扱いに留意の上、各機関・施設において責任を持ちまして保管・処分いたします。

以上、個人情報の取扱いに同意の上、ご署名いただき事前調査表を提出願います。

令和      年      月      日      保護者署名