

令和____年度 食物アレルギー面談希望調査書

令和____年____月____日

調布市立_____小学校____年____組 氏名_____

次年度の食物アレルギー面談について、下記の確認項目すべてが「はい」に該当する児童の保護者様は、御来校の負担軽減のため、書面のみでの確認も可能です。内容を御確認いただき、該当項目に○を御記入ください。

記

■確認項目（※ひとつでも「いいえ」に○をされた方には、別途御連絡いたします。）

- (1) 原因食物が市統一で給食に使用しない食物（下記）のみである（ブルートレイ）。

は い ・ いいえ

そば、ピーナッツ、非加熱の魚介類、鶏卵(生)、アーモンド、カシューナッツ、くるみ、けし、ピスタチオ、ブラジルナッツ、ヘーゼルナッツ、ペカンナッツ、マカダミアナッツ、まつ

- (2) 医療機関を受診した結果、管理指導表の記載内容に変更がない。

は い ・ いいえ

- (3) 面談を希望しない。

は い ・ いいえ（面談希望）

- (4) ※この質問はエピペンが処方されている方のみお答えください。

エピペンの使用期限が切れる前に再受診し、処方してもらっている。

は い ・ いいえ

保護者氏名_____