

令和8年度食物アレルギー対応についての希望申請書

食物アレルギーによる学校給食への対応について、学校生活管理指導表を添えて、下記の通り申請します。

記入日 令和 年 月 日

保護者氏名

学校名	学校	7年度	年	組
		8年度	年	組
ふりがな 児童生徒氏名		生年月日	年	月 日
緊急連絡先	第1氏名	TEL ()	-	エピペン 有 無
	第2氏名	TEL ()	-	
アレルギー	除去レベル	摂取時症状		1食の可食量
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> えび・かに <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 完全除去(コンタミネーション可) <input type="checkbox"/> 加工食品可 <input type="checkbox"/> 弁当対応(コンタミネーション不可) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 発赤、じんましんなど即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> アナフィラキシーショック症状 <input type="checkbox"/> その他 症状確認時期(才頃)		g
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> えび・かに <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 完全除去(コンタミネーション可) <input type="checkbox"/> 加工食品可 <input type="checkbox"/> 弁当対応(コンタミネーション不可) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 発赤、じんましんなど即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> アナフィラキシーショック症状 <input type="checkbox"/> その他 症状確認時期(才頃)		g
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> えび・かに <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 完全除去(コンタミネーション可) <input type="checkbox"/> 加工食品可 <input type="checkbox"/> 弁当対応(コンタミネーション不可) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 発赤、じんましんなど即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> アナフィラキシーショック症状 <input type="checkbox"/> その他 症状確認時期(才頃)		g
最近の受診	令和 年 月	医療機関名		

○ 希望する対応内容 (あてはまるものに○をつけてください。なお、3・4・5を選択した場合はいずれかに○をつけてください。)

- | | | |
|---------------|------------|------------------|
| 1 詳細な資料提供 | 2 豆乳提供 | 3 除去食(乳・卵・えび・かに) |
| 4 弁当持参(一部・全部) | 5 減額(パン・麺) | 6 その他() |

学校給食では、調理中の「微量混入(コンタミネーション)」の可能性のあることを理解し同意します。

保護者署名: _____

※新規で上記3・5の対応を希望される場合は、改めて詳細な面談を行った後に対応を決定させていただきます。それ以外の対応を希望される場合でも、面談を行うことは可能です。

令和8年度食物アレルギー対応についての希望申請書

記入日 令和 年 月 日

保護者氏名 _____

食物アレルギーによる学校給食への対応について、学校生活管理指導表を添えて、下記の通り申請します。

学校名	● ● 市立 ○ ○ 小学校	7年度	1年	1組
		8年度	2年	組
ふりがな 児童生徒氏名	はんだ はなこ 半田 花子	生年月日	平成○年○月○日	
緊急連絡先	第1氏名 半田 太郎 TEL (○○○) ○○○○-○○○○ 第2氏名 TEL () -			エピペン (有) 無
アレルギー	除去レベル	摂取時症状		1食の可食量
<input checked="" type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> えび・かに <input type="checkbox"/> その他 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 完全除去(コンタミネーション可) <input type="checkbox"/> 加工食品可 <input type="checkbox"/> 弁当対応(コンタミネーション不可) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 発赤、じんましんなど即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input checked="" type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> アナフィラキシーショック症状 <input type="checkbox"/> その他 症状確認時期(生後半年 才頃)		10 g
<input type="checkbox"/> 卵 <input checked="" type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> えび・かに <input type="checkbox"/> その他 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 完全除去(コンタミネーション可) <input type="checkbox"/> 加工食品可 <input type="checkbox"/> 弁当対応(コンタミネーション不可) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 発赤、じんましんなど即時型皮膚症状 <input checked="" type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input checked="" type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状 <input checked="" type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> アナフィラキシーショック症状 <input type="checkbox"/> その他 症状確認時期(2 才頃)		g
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input checked="" type="checkbox"/> えび・かに <input type="checkbox"/> その他 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 完全除去(コンタミネーション可) <input type="checkbox"/> 加工食品可 <input type="checkbox"/> 弁当対応(コンタミネーション不可) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 発赤、じんましんなど即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input checked="" type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> アナフィラキシーショック症状 <input type="checkbox"/> その他 症状確認時期(3 才頃)		g
最近の受診	令和 年 月	医療機関名		

○ 希望する対応内容 (あてはまるものに○をつけてください。なお、3・4・5を選択した場合はいずれかに○をつけてください。)

① 詳細な資料提供 ② 豆乳提供 ③ 除去食 (乳・卵・えび・かに)
④ 弁当持参 (一部・全部) ⑤ 減額 (パン・麺) ⑥ その他()

学校給食では、調理中の「微量混入(コンタミネーション)」の可能性あることを理解し同意します。

保護者署名： 半田 太郎 _____

※ 新規で上記3・5の対応を希望される場合は、改めて詳細な面談を行った後に対応を決定させていただきます。それ以外の対応を希望される場合でも、面談を行うことは可能です。