

中学校給食対応意向確認書[㊟]

市内中学校給食において、食物アレルギーに関する対応を希望される方は、以下の設問に回答し、現在通われている小学校に提出してください。

※アレルギーがない方または、アレルギー疾患がある方でも学校での対応を希望しない場合は提出は不要です。

※エピペン[®]を処方されている方は、必ずご提出ください。

記入日 年 月 日

フリガナ 生徒氏名		生年月日	年 月 日
フリガナ 保護者氏名		中学受験予定	有 ・ 無
小学校名	小学校	進学予定校 (市内)	中学校
連絡先	自宅:	携帯:	

1. 食物アレルギーについて

・小学校で、食物アレルギーに関する対応を受けていますか？

はい ・ いいえ

・食物アレルギーの状況について記入してください。

原因食物を記入してください (対応必要な全ての食品を 記入してください。)	
処方薬	
その他	

・アナフィラキシーショックを起こした経験はありますか。

はい(回、直近 年 月頃) ・ いいえ

2. エピペンの処方について

・エピペンの処方がありますか。

はい ・ いいえ

※この調査票を通学する小学校へ提出する際には、医師の診断及び診断書は不要です。

3. 面談について

1月～2月にかけて面談を行います。希望日を記入してください。

(希望曜日、希望時間等)

--

※14:30～16:30の間で、30～45分程度を予定しています。

※日程の調整については、学校給食センターから、電話でご連絡いたします。

※面談には新たな学校生活管理指導表【様式3】と食物アレルギー個別取組プラン(面談調書)【様式5】が必要です。面談の日程までにご準備ください。

【提出期限】12月 日 【提出先】通学している小学校

【お問い合わせ先】狛江市教育委員会 学校教育課 学校給食係 03-5761-9199