

食物アレルギー事前調査票

※「記載上の留意事項」を参照の上、御記入ください。

(フリガナ) 生徒氏名		性別	男性 ・ 女性
保護者氏名			
学校名(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. 医師により除去が必要と診断されている食材について、除去該当欄の除去の要否に「○」を

つけてください。※食材の加熱・非加熱等調理方法に関わらずアレルギーを起こす食材についてお答えください。

アレルギー物質		除去該当欄	
1	卵	・除去が必要	・除去は不要
2	牛乳	・除去が必要	・除去は不要
3	小麦	・除去が必要	・除去は不要
	しょうゆ	・除去が必要	・除去は不要
4	そば	・除去が必要	・除去は不要
5	落花生	・除去が必要	・除去は不要
6	えび	・除去が必要	・除去は不要
7	かに	・除去が必要	・除去は不要

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、具体的な品目を以下にご記入ください。

--

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ご参加者の方の、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、旅行会社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。

また本調査票は、個人情報の取扱に留意の上、各機関・施設において責任をもちまして保管・処分いたします。

以上の個人情報の取扱に同意の上、御署名いただき事前調査票を提出願います。

_____年 _____月 _____日 保護者署名