

特別な除去食や代替食が必要なご家庭へ

「食物アレルギーに関する調査票」 ご提出のお願い

アルプス子ども会

このたびは参加お申込みをくださりまして、ありがとうございます。

私どもは、東京都調布市立小学校で起きた給食による児童死亡事故を受け、食物アレルギー等による **特別な除去食や代替食が必要なお子さん** について調査票のご提出をお願いしています。

お手数をおかけいたしまして恐縮ですが、別紙調査票にご記入のうえ、ご提出くださいますよう、よろしく願いいたします。

- 食事の際にお子さんが自分で特定食品を除けることで済む場合は、リーダーが声をかけますので、後日送付・当日持参の「健康カード」にご記入ください。別紙調査票提出（＝除去食のお申込み）の必要はございません。

- 食物アレルギーによる特別な除去食や代替食を必要とする場合は、後日確認のためにコピーをお控えのうえ、下記あてに出発二週間前までにご郵送ください。

◇あて先 〒399-4321 駒ヶ根市東伊那（番地不要）しぶき荘 ごはん係

※宗教や主義・思想による場合は必ずその旨をお書き添えください。

- ご提出後、代替食を用意いただくか、除去食をお出しするかなど詳細につきましての相談をいただければ幸いです。

☎0265-83-7813（しぶき荘 担当 小田切＝おたぎり）

食物アレルギーに関する調査票

■参加組 _____

■ _____ 学年 ■ 氏名 _____

■ 当会での除去食ご相談経験 有 ・ 無

★該当する□すべてに✓(チェック)と、項目に適宜ご記入ください。 記入日 年 月 日

<p>A 食物アレルギー病型</p> <p><input type="checkbox"/>即時型</p> <p><input type="checkbox"/>口腔アレルギー症候群</p> <p><input type="checkbox"/>食物依存性運動誘発アナフィラキシー</p>	<p>E 献立表事前送付の ご希望</p> <p><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>↓</p> <p>◆FAX番号</p> <p>_____ - _____ - _____</p> <p>(□自宅 □勤務先 □他)</p> <p>郵送希望の方はお申し付けください</p>
<p>B アナフィラキシー病型 (アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載)</p> <p><input type="checkbox"/>食物(原因) <input type="checkbox"/>食物依存性運動誘発 <input type="checkbox"/>運動誘発</p> <p><input type="checkbox"/>昆虫 <input type="checkbox"/>医薬品 <input type="checkbox"/>その他(_____)</p>	<p>_____ - _____ - _____</p> <p>(□自宅 □勤務先 □他)</p> <p>郵送希望の方はお申し付けください</p>
<p>C 原因食物・診断根拠と当該食品 ※ソバ・カニ・イクラは食材に用いません</p> <p>[]内に下記診断根拠の番号、()内に具体食品名を記入</p> <p>[根拠] 1 明らかな既往症状 2 食物負荷試験陽性 3 IgE抗体等検査陽性</p> <p><input type="checkbox"/>鶏卵 []</p> <p><input type="checkbox"/>牛乳・乳製品 []</p> <p><input type="checkbox"/>小麦 []</p> <p><input type="checkbox"/>ソバ* []</p> <p><input type="checkbox"/>ピーナッツ []</p> <p><input type="checkbox"/>種実・木の実類 [] (_____)</p> <p><input type="checkbox"/>甲殻類* [] (_____)</p> <p><input type="checkbox"/>果物類 [] (_____)</p> <p><input type="checkbox"/>魚介類* [] (_____)</p> <p><input type="checkbox"/>肉類 [] (_____)</p> <p><input type="checkbox"/>その他 [] (_____)</p>	<p>F 代替食を用意いただくか、除去食をお出しするかなどの相談をいただければ幸いです。</p> <p>☎0265-83-7813</p> <p>(しぶき荘・担当 小田切)</p> <p>◆内容が解る方の昼間 ご連絡先電話番号</p> <p>_____ - _____ - _____</p> <p>(□自宅固定 □携帯 □他)</p>
<p>D 緊急時に備えた処方薬</p> <p><input type="checkbox"/>内服薬(抗ヒスタミン薬、ステロイド薬)</p> <p><input type="checkbox"/>アドレナリン自己注射薬(エピペン) <input type="checkbox"/>その他(_____)</p> <p>連携医療機関があれば 機関名… _____</p> <p>☎ _____ - _____ - _____ 担当医師名… _____</p>	<p>G 学校給食でどのような にしているかや、その他の配慮・伝達事項等がございましたら、裏面にお書きください。</p>