

「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 **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、本調査票にご記入のうえ、ご提出くださいますよう、よろしくお願いいたします。

- 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。
本調査票提出（＝除去食のお申込み）の必要はございません。

- 食物アレルギー等による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、参加申込書と同封でお送りください。万一、お申込みの際にご提出されなかった場合は、**至急** 下記あてにご郵送ください。

◇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。

- 当日、エピペンをご持参する場合は、可能な範囲で構いませんので、二本ご準備ください。一本はお子さんご本人に持ち歩いていただき、一本は、厨房(山ろく荘宿泊組は、保健室)の所定の位置で保管します。どちらも、ご帰宅時にお返しします。

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

A 食物アレルギー病型 <input type="checkbox"/> 即時型 <input type="checkbox"/> 口腔アレルギー症候群 <input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー	E 献立表送付宛先 <input type="checkbox"/> メールアドレス _____ @ _____ 「-」と「_」、1と1(エル)、0とo等の 区別にご留意のうえご記入ください <input type="checkbox"/> FAX番号 _____ - _____ - _____ 郵送希望の方はお申し付けください ※送付は、 「夏の子ども会」7月初旬 「冬の子ども会」12月〃 「春の子ども会」3月〃を予定
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) <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 <input type="checkbox"/> 昆虫 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他(_____)	F 上記献立表がお手 元に届いた頃に、担当者 より、ご相談のお電話を 差し上げます。 ☎0265-83-7813 (しぶき荘・担当 小田切) ◆内容がわかる方の昼間 ご連絡先電話番号 _____ - _____ - _____
C 原因食物・診断根拠と当該食品 [_____]内に下記診断根拠の番号、(_____)内に具体食品名を記入 [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 <input type="checkbox"/> 鶏卵 [_____] <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 [_____] <input type="checkbox"/> 小麦 [_____] <input type="checkbox"/> ソバ* [_____] ※ソバ・カニ・イクラ・ナッツ類は食材に用いません <input type="checkbox"/> ピーナッツ* [_____] <input type="checkbox"/> 種実・木の実類* [_____] (_____) <input type="checkbox"/> 甲殻類* [_____] (_____) <input type="checkbox"/> 果物類 [_____] (_____) <input type="checkbox"/> 魚介類* [_____] (_____) <input type="checkbox"/> 肉類 [_____] (_____) <input type="checkbox"/> その他 [_____] (_____)	G 学校給食でどのよう 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。
D 緊急時に備えた処方薬 <input type="checkbox"/> 内服薬(抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) <input type="checkbox"/> アドレナリン自己注射薬(エピペン) <input type="checkbox"/> その他(_____) 連携医療機関があれば 機関名… _____ ☎ _____ - _____ - _____ 担当医師名… _____	