

(様式1-1)

別紙

食物アレルギー調査票

平成 年 月 日提出

学校法人吉野学園

理事長 千 田 讓 様

園児氏名 _____

保護者氏名 _____ (印)

住 所 _____

電話番号 _____

○で囲んでください

1 食物アレルギー等の症状がありません。

2 食物アレルギー等の症状があります。

(該当するものを○で囲んでください。)

・食物アレルギー ・内服薬の副作用 ・宗教上の理由

**※ 食物アレルギー等の症状がある場合は、お弁当持参での通園となる事も
想定されますのでご了承願います。**

1. 食物アレルギー等の症状

原因食物を食べた後におこる症状について記入してください。

| 食物名 | 症 状 | 医師の診断 | 何才頃から |
|-------|-------------------|-------|-------|
| 例) 牛乳 | かゆみ、しっしん、呼吸が苦しいなど | (有) 無 | 3才頃 |
| | | 有 無 | |
| | | 有 無 | |
| | | 有 無 | |
| | | 有 無 | |
| | | 有 無 | |

※診断書または検査結果等の添付必要