

別紙

食物アレルギー等 意向調査票

令和 年 月 日提出

栗原市教育委員会教育長 殿

幼稚園名 _____

ふりがな
園児氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者氏名 _____ (印)

住所 _____

電話番号 _____

▼ 該当する番号を○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ので、給食での対応を希望します。
- 3 食物アレルギー等の症状がありますが、給食での対応は希望しません。
- 4 食物アレルギー等の症状がありませんが、給食での対応を希望します。

[(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】

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	何年生(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	

※ 学校生活管理指導表等を面談時まで準備願います。

意向調査 幼稚園