

食物アレルギー等対応意向調査票

令和 年 月 日提出

栗原市教育委員会教育長 殿

入園予定の幼稚園名 幼稚園

ふりがな
園児氏名

生年月日 令和 年 月 日

保護者氏名 ⑩

〒

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はありません。
- 2 食物アレルギー等の症状がありますので、給食でのアレルギー対応を希望します。
- 3 食物アレルギー等の症状がありますが、給食でのアレルギー対応は希望しません。
- 4 食物アレルギー等の症状はありませんが、給食での対応を希望します。

(4の場合、該当するものを○で囲んでください。)

・内服薬の副作用 ・宗教上の理由 ・その他 ()

【食物アレルギー等の症状】※上記2・3の場合

作成日(発効日)から6か月以内の診断書または検査結果等を添付してください。
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	⑩ 無	3才頃
		有 無	
		有 無	
		有 無	