

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 \_\_\_\_\_

園児氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

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が、給食での対応は希望しません。
- 3 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。

(該当するものを○で囲んでください。) ・新規 ・継続

・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	③ 無	3才頃
		有 無	
		有 無	
		有 無	
		有 無	

※ 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