

【様式2】 (保護者記入 → 学校提出 → 青少年センターへ)

《 健康調査票 》

該当する項目に○印をつけ、必要事項について具体的に記入してください。

なお、この調査票は 一宮ふれあいキャンプ(2泊3日)以外では使用しません。

記入日:令和 年 月 日		記入者(保護者):		印(本人との続柄)	
学校名			ふりがな 児童生徒氏名		
クラス	年 組				
性別	男・女	血液型	型	生年月日	平成 年 月 日生()歳
A 平熱はどれくらいですか? (度 分)					
B 現在、体の不調はありますか? 1 ない 2 頭痛 3 腹痛 4 めまい 5 吐き気 6 歯痛 7 風邪気味 8 その他()					
C 現在、通院している病気や怪我(持病)がありますか? 1 ない 2 ある(病名:)					
D 体質についてお尋ねします。 1 乗り物に酔いやすいですか? はい・いいえ 2 アレルギー体質ですか? はい・いいえ (原因と症状:) 3 食べてはいけない物がありますか? はい・いいえ (食品名や原材料:) 4 ひきつけやけいれんを起こしたことがありますか? ある・ない (年齢と回数:)					
E キャンプ期間中に持参する予定の薬をお知らせください。 腹痛の時() 頭痛・発熱の時() その他(使用目的と薬名:)					
F 服用(使用)してはいけない薬がありましたら、お知らせください。					
G 健康面について職員や看護師に知っておいてほしいことや、ご要望がありましたらお知らせください。					
H 緊急時の連絡先(自宅の郵便番号・住所・電話番号) 〒 船橋市 電話番号 ()					
自宅以外で確実に連絡のとれる電話番号(携帯電話等)					
I (どちらかに○)アレルギーが ある ・ ない 「ある」場合は裏面の記入もお願いします。					

注: 保護者氏名欄の捺印を忘れないようにお願いします。

食物アレルギー個別対応依頼書

記入日 年 月 日

- ・重度の食物アレルギーのある方への代替食はお受けできません。（学校での給食が無理な方など）
- ・上記以外の場合は対応食を考えますので、下記項目への記入をお願いします。
- ・記入につきましては、対象者の保護者の方がご記入ください。
- ・1人1枚の記入をお願いします。

利用日 令和7年 8月 21日 ~ 8月 23日 (ふれあいキャンプ)

団体名 船橋市立 学校 (青少年センター)

ふりがな

対象者氏名 () 歳 男・女

保護者氏名 連絡先

連絡可能な時間帯(9:00~17:00の間でご記入ください)

時 分 ~ 時 分

食堂担当者から保護者の方に、確認のため必ずお電話します。

(食堂電話番号) 0475-36-5137

(休所日) 月曜日、祝日の翌日、年末年始【12月29日~1月3日】

【1】アレルギーの除去の程度と症状 (局所に反応が出る場合は場所・症状を記入)

アレルギー	除去の程度
例) 卵	<input checked="" type="checkbox"/> 完全除去(コンタミネーション含む) <input type="checkbox"/> その他 (加熱、つなぎok/マヨネーズ可 など詳しくお願いします。)
	<input type="checkbox"/> 完全除去(コンタミネーション含む) <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 完全除去(コンタミネーション含む) <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 完全除去(コンタミネーション含む) <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 完全除去(コンタミネーション含む) <input type="checkbox"/> その他 ()

※アレルギー項目が多い場合には、複数枚での提出をお願いします。

【2】そのほか、食事についての説明等ございましたらご記入ください。

(宗教上の制約も同様) 例) コンタミネーションなら食べられる。

※学校等で完全除去の対応をしてもらっている場合は、同様の対応をいたしますのでその旨をご記入ください。

所長	料理長	栄養士	受付担当