

【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): (本人との続柄)	
学校名		ふりがな 児童生徒氏名	
性別	男 ・ 女		
緊急時連絡先		生年月日	平成 年 月 日生()歳
1 平熱はどれくらいですか? (度 分)			
2 現在、通院している病気や怪我(持病)がありますか? ない ・ ある ↓ (病名や持参する薬:)			
その他持参する予定の薬(使用目的:)()() (薬名:)()()			
3 バス酔いの心配がありますか? はい ・ いいえ ↓ 酔い止めを持参しますか? する ・ しない ↓ (持参する薬:)			
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:)			
5 アレルギー体質ですか? はい ・ いいえ ↓ (原因と症状:)			
6 食べてはいけない物がありますか? はい ・ いいえ ↓ <u>裏面の食物アレルギー個別対応依頼表のご記入をお願いします</u>			
◎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記入してください。			

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 2026年 8月 20日 ~ 8月 22日

学校名 船橋市立 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

保護者の方へ直接確認が必要な場合には、食堂担当者からご連絡をいたします。
提供する食事にアレルギー対応が不要な方や確認の必要のない方には個別に連絡がいきません。
なお、学校へは対応の有無を併せ、お知らせいたします。

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】保護者（利用者）様から、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