

中学校給食実施に際しての調査

【新1年生用】

船橋市立	小学校 6年	組 番	学区中学校名	*私立受験や学区外通学を希望の場合でも「学区の市立中学校名」をご記入ください。
ふりがな				
児童氏名	船橋市立		中学校	

下記の間にお答えください。該当する項目にを付け、内容を詳しくご記入ください。

1 飲用牛乳の提供について 飲む 飲まない 【飲まない理由を教えてください】

*原則、飲用牛乳は弁当持参であっても提供します。

牛乳アレルギー

乳糖不耐症

その他 ()

2 中学校給食について、心配なことがありますか？

ない ある

【どんなことですか？】

3 過去に食物アレルギーと診断され、解除になった食品はありますか？

ない

ある【食品名： 解除になったのは？ 年 月頃 (歳)】

4-1 今現在、お子様に食物アレルギーはありますか？

ない → 用紙の一番下へ署名と連絡先の記入をお願いします。

ある → 4-2へ 中学校担当者との面談及び、『学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）』の提出が必須です。

4-2 今現在のお子様の食物アレルギーの状況について教えてください。

原因食品	
症 状	
定期受診の有無	<input type="checkbox"/> 受診している <input type="checkbox"/> 受診していない *入学にあたり受診が必要です。
最終診断	年 月頃 (才) 医療機関名 ()
医師の指示	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → 小学校への『学校生活管理指導表』の提出 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
エピペン®の処方	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → いつからですか？ 年 月頃 (歳)
エピペン®の使用	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → いつ頃ですか？ 年 月頃 (歳)
アナフィラキシーショック	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → 最近ではいつですか？ 年 月頃 (歳)
救急搬送	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → 最近ではいつですか？ 年 月頃 (歳)

4-3 今現在のお子様の家庭での食物アレルギーの対応について教えてください。

完全に取り除いている 食べることもある *学校給食では「食べるか」「食べないか」の二者択一であり、【少量摂取可】や【加工食品摂取可】といった多段階対応はできません。

その他 ()

※以下は全員記入をお願いします。

上記の内容に相違ありません。また本情報を該当中学校の関係者が共有することに同意します。		
※ 今後、調査内容の確認のため、中学校より連絡をさせていただくことがあります。		
日中に連絡がとれる連絡先①		日中に連絡がとれる連絡先②
保護者署名	(続柄)	(続柄)