

## すまいるスクール 食物アレルギーに関する調査票 〈全員提出してください〉

すまいるスクールにおいてアレルギー対応が必要な場合は、学校生活管理指導表アレルギー疾患用(コピー可)または診断書の提出が必要です。

すまいるスクール( )  ( )年生 (令和7年度)	フリガナ	
	児童氏名	
	生年月日	平成 年 月 日生 (男・女)
食物アレルギーはありますか？		<input type="checkbox"/> なし → 「なし」の場合は、以下回答不要です。
		<input type="checkbox"/> あり

「あり」の場合は、以下の欄に記入してください。

すまいるスクールの活動で、配慮を要することはありますか。 (昼食時などの席、工作教室、間食(B・C登録)など) *「あり」の場合は、担当指導員が面接や電話で確認させていただきます。	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり
医療機関でアレルギー検査を受けた日	年 月 日 / 検査をしていない
アレルギー(摂取できない食べ物)	
症状(食べるとどうなるか)	
コンタミネーションの可能性のある食べ物を食べられますか？ ( はい ・ いいえ )	
※原材料として使用していないが、同一工場もしくは同一ラインで使用されており、微量混入の可能性があると。	
主治医の指導内容	
アナフィラキシーショックの経験(年齢、原因、症状等を記入してください) <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり【 _____ 】	
医薬品やアドレナリン自己注射薬(エピペン)について <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり → 「あり」の場合、該当するものに☑をして、必要事項を記入してください。 <input type="checkbox"/> エピペン <input type="checkbox"/> 内服薬( ) <input type="checkbox"/> その他( )	
救急車を要請するタイミング(どんな状態になったら要請するか)	
かかりつけ医療機関	
病院名	TEL _____ 主治医名 _____
以下の事項をよく読み、同意する場合は☑をして、署名をしてください。	
<input type="checkbox"/> 児童の安全に配慮し、緊急時の対応を行う目的で、本調査票を当該のすまいるスクール内で共有すること。 <input type="checkbox"/> エピペンを持参の児童は症状により本人が自分でエピペンを接種できない場合、すまいるスクール指導員が児童に代わって接種することの承諾。 <input type="checkbox"/> エピペンをすまいるスクールに預ける場合やアレルギー対応が必要なくなった場合は、別紙「食物アレルギー等に関する依頼書」を提出すること。	
記入日 令和 年 月 日	保護者署名: _____ 緊急連絡先: _____
*緊急連絡先は、確実につながる電話番号を記入してください。	
すまいるスクール面談時記入欄	