

令和7年9月

保護者 様

基山町学校給食センター
センター長 堤 洋子

学校給食における食物アレルギーについてのアンケート

日頃より学校給食につきましては、ご理解・ご協力をいただき、ありがとうございます。

さて、基山町では、アレルギー疾患の児童生徒の安全を守るため、アレルギー疾患についての詳しい情報を把握し、適切に対応するよう努めているところです。文部科学省及び佐賀県からの指導、および、本町の方針として、学校給食での配慮や支援が必要な場合は「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の提出をしていただいた上で対応をしていくことにしています。原則として前年度と内容が同じ場合であっても「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」を毎年度提出していただくことになっています。

つきましては、来年度の食物アレルギー対応についてのアンケートにご協力をお願いします。このアンケートは全ての児童生徒を対象に行っています。給食について個別対応が特に必要ないお子様についても、確認のため必ずご提出ください。

また、個別対応を希望される方につきましては、お子さまの食物アレルギー疾患の症状、対応等についてより詳しく把握するため、後日、個人面談を実施いたします。面談の詳細につきましては、後日お知らせいたします。

※アナフィラキシーショックの既往歴がある児童、あるいは「エピペン®」を所持している児童など重度の食物アレルギーのある児童については、保護者及び医師等との相談を踏まえ、学校給食での対応について判断をします。

別紙アンケートをご記入後、就学時健診の時にお持ちください。

ご不明な点等ありましたら、基山町学校給食センター(栄養教諭 池田・富崎)までご連絡ください。
(電話：0942-81-0620)

学校名(

小学校)

令和8年度学校給食における食物アレルギー対応のアンケート

(園) 児童名前()

各質問について、該当する項目に○を記入してください。

1 食物アレルギーはありますか？

() ある  「ある」に記入された場合、以下の質問にお答えください。

() 過去にあったが現在はない  調査終了です。

() ない  調査終了です。

●1の質問で「ある」の方は2から7の質問にお答えください。

2 食物アレルギーを起こす食品名は何ですか？

[]

3 食物アレルギーにより出る症状

() かゆみ、発疹などの皮膚症状

() 喉がしめつけられる、呼吸が苦しくなるなどの呼吸症状

() アナフィラキシーショック

[回数: 回、最後の発症年月日: 年 月、原因食物]

() その他(症状を書いてください)

[]

4 現在、ご家庭で除去中の食物はありますか。

() ある 食物名()

() ない

5 除去中の食べ物については、医師の指示を受けて実施していますか。

() 医師の指示による () 医師の指示は受けずに保護者の判断による

() その他

6 アレルギーに関して処方されている薬等がありますか？

() エピペン () 抗ヒスタミン薬 () その他 []

() 特になし

7 学校給食で、食物アレルギーへの個別対応を希望されますか？

() 希望する () 希望しない

→希望される場合は、電話番号を記入ください。(TEL)

栄養教諭から面談の連絡をさせていただきます。

※個別対応を希望されないお子様についても、確認のため必ずご提出ください。

※個別対応を希望される方は、就学時健診にて必要書類をお渡しします。