

7 運動で食物アレルギーの症状を発症したことはありますか？

いいえ ・ はい →(回) (最後の発症年月 年 月)

8 アナフィラキシーショック(血圧低下や意識障害等)の経験はありますか？

いいえ ・ はい →(回) (最後の発症年月 年 月)

9 アドレナリン自己注射薬(エピペン®)を処方されていますか？

いいえ ・ はい

10 現在食物アレルギーの治療のために使用している薬はありますか？

いいえ ・ はい → (常 時 ・ 症状出現時のみ)

薬品名() ()

※小学6年時に記入の場合は、〈進学予定校〉の記入をお願いします。

以上、ご協力ありがとうございました。

なお、本校の給食は限られた人数、調理室での大量調理のため、可能な範囲での対応となります。対応については以下の基準により検討いたします。対応を検討した結果、児童生徒の実態によっては対応できない場合があります。

予めご了承くださいますようお願いいたします

食物アレルギーにおける学校給食対応実施基準

本校における食物アレルギー対応は「日光市小・中学校食物アレルギー対応マニュアル」に基づいています。「安心・安全」な給食提供を最優先し、次の「全て」に該当する児童生徒に対して、食物アレルギー対応学校給食を実施します。保護者等による自己判断に基づく食事制限や単なる好き嫌いは対象としません。

○食物アレルギーの医師診断があり、現在も医療機関で治療または定期受診していること。

○医師記入の「学校生活管理指導表」が提出されていること。

※学校生活管理指導表は1回/年の提出及び、症状に変化のあった場合にはその都度提出すること。

○家庭において医師の指導のもと除去食などの対応をすでに行っていること。

○原則として、毎月の学校での打合せ等に参加できること。(学校と保護者との話し合いによって対応を決定することもできる。)