（表）

様式第１号（第４条関係）

能代市学校給食アレルギー対応食申請書

　　年　　月　　日

　能代市教育委員会　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

電話

　　　次のとおり、学校給食アレルギー対応食の提供を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  児童・生徒氏名 |  | | | 性別 | 男  　・  　女 | 生年  月日 | 年　　月　　日  （　　　歳） |
| 学　校　名  年　　　組 | 学校  　　　　　　　年　　　　　組 | | | | | 学級担任 |  |
| 緊急時の連絡先 |  | | | | | 電話 |  |
|  | | | | | 電話 |  |
| かかりつけの  病院・主治医 |  | | | | | 電話 |  |
| 症　　　状  （ショックの有無） | 有  無 | 主な  症状 |  | | | | |
| アナフィラキシーショック  を起こしうる食品・要因 | | |  | | | | |

　※診断書、検査結果、薬の服用状況等のコピーを添付してください。

（裏）

食物アレルギー調査票

※次の表の該当項目に○を記入するとともに、必要事項を記入してください。

　食物アレルギーの状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　　分 | 卵 | 大豆 | 牛乳 | 魚介類 | 肉類 | 穀類 | その他 |
| 食物アレルギーの有無 |  |  |  |  |  |  |  |
| 具体的な食品名 |  |  |  |  |  |  |  |
| 食物アレルギーの症状 |  | | | | | | |