（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 |  |