

第1号様式

就学時健康診断票

番号

※ 太枠内のみ記入してください。

健康診断年月日

令和 年 月 日

就学 予定者	ふりがな		性別	男・女	ふりがな	
	氏名				氏名	
	生年月日	平成 年 月 日生	年齢	歳	就学予定者との関係	
	現住所	入間市			連絡先 (電話番号)	- -
麻しん(はしか)にかかったことがありますか？ (いいえ ・ はい ・ わからない)						
主な既往症(今までに、心臓病、腎臓病、ぜんそく等にかかったことがある方は記入してください。)						
病名 () いつ (歳の時) 現在の状態 (なおった ・ 治療中)						
運動機能や視力・聴力に障害がある場合は、部位や状態を具体的に記入してください。						
()						
お子さんの健康について、学校に知らせておきたいことがある場合は記入してください。						
()						
食物アレルギーがある場合は記入してください。						
原因食物 () 症状 ()						
給食での原因食物の除去を希望しますか？ (いいえ・はい) ※ 面談によって除去対応の可否を決定します。除去対応できない場合もあります。						
アナフィラキシーを起こしたことがありますか？ (いいえ・はい) その時の状況： ()						
エピペン®を持っていますか？ (いいえ・はい)						
受けた予防接種に○をつけてください。(受けていない予防接種がある場合、入学までに接種を受けてください。)						
インフルエンザ菌b型(Hib)			ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ		麻しん・風しん第2期	
小児肺炎球菌			BCG		水痘	
B型肝炎			麻しん・風しん第1期		日本脳炎	
栄養 状態	栄養不良		耳鼻咽喉頭疾患			
	肥満傾向					
脊 柱		眼の疾病及び異常				
胸 郭						
皮膚疾患		菌	う 菌	乳 菌	未処置	あり・なし
担当医師所見			永 菌	永久菌	未処置	あり・なし
			その他の菌の 疾病及び異常			
視 力	右	()	口腔の疾病及び異常			
	左	()			担当歯科医師所見	
聴 力	右		その他の疾病及び異常			
	左					
事後 指導	治療勧告					
	就学に関し保健上必要な助言					
	その他					
備考	□ 知能検査					

新入児保護者 様

入間市教育委員会 教育長

入間市立 小学校 校長

アレルギー疾患に関する学校での管理や配慮を求める手続きについて

お子様の入学まであと少しになりました。

入間市では、入間市学校食物アレルギー対応マニュアルに基づき、ご家庭にご協力をいただきながら、下記の通りアレルギー疾患への対応に向けた手続きを行っております。

ご理解とご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

記

- 1 アドレナリン自己注射(エピペン[®])の処方を受けている場合や学校給食に「除去食」を依頼する場合、学校での管理や配慮を求める場合(運動、修学旅行、宿泊学習、調理実習、料理クラブ等)には、「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」の提出が必須となります。
- 2 医師の診断のある児童がアレルギー疾患に関する学校での管理や配慮の対象となるという趣旨により、「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」は、医師の診断により医師が記載するため、診断書と同様に有料になることをご承知おきください。
- 3 「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」を主治医に記入していただき、学校に提出してください。
- 4 アレルギー疾患は成長とともに良くなる場合があり、また悪化する場合があります。他の疾患と異なり、1年で大きく変化することもありますので、「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」は毎年ご提出いただく必要があります。
- 5 主治医に学校生活管理指導表を記入してもらう前に、以下の内容を確認してください
学校生活管理指導表に記載がある食品は、基本的に給食では提供できません。学校との面談で対応(除去食、完全弁当対応、一部弁当持参)について相談することになります。
除去食については、学校内で原因食物が異なる児童が複数いる場合、原因食物をすべて除去した1種類の除去食での対応となります。(裏面に続きます)

○がつく食品は給食で提供できません。

Eに○がつく場合と、Fに「ごく微量で反応が誘発される可能性がある」旨の記載がある場合は、弁当対応について学校と相談することになります。

項目	内容	学校生活上の留意点
1. 卵	()	1. 管理不要 2. 管理必要
2. 牛乳・乳製品	()	1. 管理不要 2. 管理必要
3. 小麦	()	1. 管理不要 2. 管理必要
4. ソバ	()	1. 管理不要 2. 管理必要
5. ビーナッツ	()	1. 管理不要 2. 管理必要
6. 甲殻類	()	1. 管理不要 2. 管理必要
7. 木の葉類	()	1. 管理不要 2. 管理必要
8. 果物類	()	1. 管理不要 2. 管理必要
9. 魚類	()	1. 管理不要 2. 管理必要
10. 肉類	()	1. 管理不要 2. 管理必要
11. その他1	()	1. 管理不要 2. 管理必要
12. その他2	()	1. 管理不要 2. 管理必要

「E 原因食物を除去する場合により厳しい除去が必要なもの」に○がつく場合と、「F その他の配慮・管理事項」に「ごく微量で反応が誘発される可能性がある」旨の記載がある場合は、弁当対応を考慮することになります。

「ごく微量で反応が誘発される可能性がある」場合の例

- a 調味料・だし・添加物の除去が必要
- b 加工食品の原材料の欄外表記(注意喚起表示)の表示がある場合についても除去指示がある

【注意喚起例】

- ①同一工場、製造ライン使用によるもの「本品製造工場では○○(特定原材料等の名称)を含む製品を製造しています。」
- ②原材料の採取方法によるもの「本製品で使用しているしらすは、えび、かにかが混ざる漁法で採取しています。」
- ③ えび、かきを補食していることによるもの「本製品(かまぼこ)で使用しているイトヨリダイは、えび、かきを食べています。」

- c 多品目の食物除去が必要
- d 食器や調理器具の共用ができない
- e 油の共用ができない
- f その他、上記に類似した学校給食で対応が困難と考えられる状況

学校給食では微量混入の可能性があるため、給食を食べても大丈夫なのか、完全弁当対応にしなければならないのか、あらかじめ主治医に確認しておいてください。学校との面談の時点で詳細が確認できない場合、もう一度、医療機関の受診をお願いすることもありますのでご注意ください。

6 食物アレルギーの治療に関する情報

血液検査が陽性でも食べられることはよくあります。食べられる範囲を正しく判断するためにはアレルギー専門医の下で行う「食物経口負荷試験」が必要な場合もあります。

埼玉医科大学病院アレルギー疾患医療拠点病院のホームページでは、食物経口負荷試験や生活管理指導票の作成が可能な医療機関について検索できます。

<http://allergy.saitama-med.ac.jp/hospsearch/>

※埼玉県教育委員会作成 学校給食における食物アレルギー対応マニュアル【5訂】p. 20より



QRコード

アレルギー対応を希望する場合は、学校までご連絡ください。
後日、個別対応を検討・確認する面談等をさせていただきます。
連絡先 ○○○小学校 電話 04-29**-****

年 月 日

年 組 さん

保護者 様

入間市教育委員会 教育長

入間市立 小学校 校長

アレルギー疾患に関する学校での管理や配慮を求める際の手続きについて

日頃より本校の教育活動にご理解ご協力をいただき感謝申し上げます。

お子様は「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」の提出が必要ですので、医療機関にご相談のうえ、ご協力のほどよろしく申し上げます。

記

- 1 アドレナリン自己注射(エピペン[®])の処方を受けている場合や学校給食に「除去食」を依頼する場合、学校での管理や配慮を求める場合(運動、修学旅行、宿泊学習、調理実習等)には、「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」の提出が必須となります。

※ 医師の診断のある児童がアレルギー疾患に関する学校での管理や配慮の対象となるという趣旨により、「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」は、診断に基づいて医師が記載するため、診断書と同様に有料となります。

※ アレルギー疾患は成長とともに良くなる場合があります、また悪化する場合があります。他の疾患と異なり、1年で大きく変化することもありますので、「学校生活管理指導表(アレルギー疾患)」は毎年ご提出いただく必要があります。

- 2 個別対応を検討・確認する面談等をさせていただきますので、期日までに、同封した書類を学校までご提出ください。

- 3 主治医に学校生活管理指導表を記入してもらう前に、以下の内容を確認してください

学校生活管理指導表に記載がある食品は、基本的に給食では提供できません。学校との面談で対応(除去食、完全弁当対応、一部弁当持参)について相談することになります。

除去食については、学校内で原因食物が異なる児童が複数いる場合、原因食物をすべて除去した1種類の除去食での対応となります。(裏面に続きます)

○がつく食品は給食で提供できません。

Eに○がつく場合と、Fに「ごく微量で反応が誘発される可能性がある」旨の記載がある場合は、弁当対応について学校と相談することになります。

<p>1. 鶏卵</p> <p>2. 牛乳・乳製品</p> <p>3. 小麦</p> <p>4. ツバ</p> <p>5. ピーナッツ</p> <p>6. 甲殻類</p> <p>7. 木の葉</p> <p>8. 果物類</p> <p>9. 魚類</p> <p>10. 肉類</p> <p>11. その他1</p> <p>12. その他2</p>	<p>① 明らか症状の誘発</p> <p>② 食物経口負荷試験陽性</p> <p>③ 臨床経過等検査結果陽性</p> <p>④ 未摂取</p> <p>⑤ () に具体的な食品名を記載</p> <p>⑥ (すべて・エビ・カニ)</p> <p>⑦ (すべて・アムニ・カンシュー・アーモンド)</p>	<p>学校生活上の留意点</p> <p>■ 給食</p> <p>1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>■ 食物・食材を扱う授業・活動</p> <p>1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>■ 運動 (体育・部活動等)</p> <p>1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>■ 宿泊を伴う校外活動</p> <p>1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>■ 原因食物を除去する場合により厳しい除去が必要なものは、本欄で○がついた場合、除去する食品を使用した料理については、給食対応が困難となる場合があります。</p> <p>■ 除去指示</p> <p>調味料・調味料類</p> <p>小麦・卵類・乳類・牛乳・乳糖・乳糖成分・乳シロム</p> <p>小麦・醤油・酢・味噌</p> <p>大豆・大豆油・醤油・味噌</p> <p>ゴマ・ゴマ油</p> <p>魚類：かつおだし・いりこだし・昆布だし・エキス</p> <p>■ その他の配慮・管理事項 (自由記述)</p>
--	--	--

「E 原因食物を除去する場合により厳しい除去が必要なもの」に○がつく場合と、「F その他の配慮・管理事項」に「ごく微量で反応が誘発される可能性がある」旨の記載がある場合は、弁当対応を考慮することになります。

「ごく微量で反応が誘発される可能性がある」場合の例

- a 調味料・だし・添加物の除去が必要
- b 加工食品の原材料の欄外表記(注意喚起表示)の表示がある場合についても除去指示がある

【注意喚起例】

- ① 同一工場、製造ライン使用によるもの「本品製造工場では○○(特定原材料等の名称)を含む製品を製造しています。」
- ② 原材料の採取方法によるもの「本製品で使用しているしらすは、えび、かにかが混ざる漁法で採取しています。」
- ③ えび、かきを補食していることによるもの「本製品(かまぼこ)で使用しているイトヨリダイは、えび、かきを食べています。」

- c 多品目の食物除去が必要
- d 食器や調理器具の共用ができない
- e 油の共用ができない
- f その他、上記に類似した学校給食で対応が困難と考えられる状況

学校給食では微量混入の可能性があるため、給食を食べても大丈夫なのか、完全弁当対応にしなければならないのか、あらかじめ主治医に確認しておいてください。学校との面談の時点で詳細が確認できない場合、もう一度、医療機関の受診をお願いすることもありますのでご注意ください。

4 食物アレルギーの治療に関する情報

血液検査が陽性でも食べられることはよくあります。食べられる範囲を正しく判断するためにはアレルギー専門医の下で行う「食物経口負荷試験」が必要な場合があります。

埼玉医科大学病院アレルギー疾患医療拠点病院のホームページでは、食物経口負荷試験や生活管理指導票の作成が可能な医療機関について検索できます。

<http://allergy.saitama-med.ac.jp/hospsearch/>

※ 埼玉県教育委員会作成 学校給食における食物アレルギー対応マニュアル【5訂】p. 20より



QRコード

5 ご不明な点やご相談がありましたら、学校にお問い合わせください。

電話 04-29**-****

食物アレルギー緊急時対応マニュアル

異変に気がいたら子供から目を離さない

迷ったらエピペン®を打つ！

ただちに119番通報

助けを呼び、人を集める

下の症状から重症度を判定し、速やかに行動する

少なくとも5分ごとに、繰り返し症状を観察
経過・内服・エピペン®使用の時刻を記録

- 全身の症状
- ぐったり
 - 意識もうろう
 - 尿や便をもらす
 - 脈が触れにくいまたは不規則
 - 唇や爪が青白い

- 呼吸器の症状
- のどや胸が締め付けられる
 - 声がかすれる
 - 犬が吠えるような咳
 - 息がしにくい
 - 持続する強い咳き込み
 - ゼーゼーする呼吸

数回の軽い咳



©埼玉県

- 消化器の症状
- 持続する強いお腹の痛み（がまんできない痛み）
 - 繰り返し吐き続ける

- 中等度のお腹の痛み
- 1～2回のおう吐
- 1～2回の下痢

- 軽いお腹の痛み（がまんできる）
- 吐き気

- 目・口・鼻・顔面の症状
- 上記の症状が1つでもあてはまる場合

- 顔全体の腫れ
- まぶたの腫れ

- 目のかゆみ、充血
- 口の中の違和感、唇の腫れ
- くしゃみ、鼻水、鼻づまり

- 皮膚の症状
- 上記の症状が1つでもあてはまる場合

- 強いかゆみ
- 全身に広がるじんま疹
- 全身が真っ赤

- 軽度のかゆみ
- 数個のじんま疹
- 部分的な赤み

緊急

上記の症状が1つでもあてはまる場合

受診

- ①内服薬を飲ませ、エピペン®を準備
- ②速やかに医療機関を受診（救急車の要請も考慮）
- ③急速に進行する場合 → 「緊急」の対応
- ④座位にして会話をしながら観察すると、急変に対する判断・対応がしやすい

上記の症状が1つでもあてはまる場合

注意

- ①内服薬を飲ませる
- ②「急速に進行する」又は「悪化が予想される」場合 → 「受診」「緊急」の対応
- ③少なくとも1時間は観察完全によくなるまで目を離さない

- ①エピペン®を使用
- ②救急車を要請（119番通報）
 - 緊急時連絡先医療機関に連絡
 - 保護者に連絡
- ③その場で安静を保つ（*）
 - 立たせたり、歩かせたりしない
- ④その場で救急隊を待つ
- ⑤可能なら内服薬を飲ませる

*安静を保つ体位
 ◇ぐったり、意識もうろうの場合、仰向けにして足を15～30cm高くする
 ◇吐き気・嘔吐がある場合、横向きに
 ◇呼吸が苦しく仰向けになれない場合、上半身を起こし後ろに寄りかからせる

食物アレルギー対応面談希望日調査表

年 組 _____ さん

※ 記入の仕方 可能な日時→○、都合の悪い日時→×

月日 時間帯	○月○日(○)	○月○(○)	○月○日(○)
10:00~10:30			
13:40~14:10			
14:20~14:50			
15:00~15:30			
15:40~16:10			
16:20~16:50			

●給食開始(2年~6年) 4/○(○)

●1年給食開始 4/○(○)牛乳のみ

4/○(○)パン・牛乳(予定)

※ ○月○日(○)までに保健室へご提出ください。

保護者様

食物アレルギーにおける管理が必要な場合の提出書類について

より詳しい情報をいただき、個別の対応を検討、確認をさせていただくため、期日までに必要書類を学校にご提出くださいますようお願いいたします。

【今回お渡しした資料】(✓が入っている資料をお渡しいたしましたのでご確認ください)

✓	提出が必要な書類	書類名	記入者	備考
	○	A 学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)	主治医 専門医	・事前にD 食物アレルギー個別取組プランをご覧になり、医療機関の受診をお願いします。
		B 食物アレルギー疾患のある児童生徒の主治医の皆様へ【市教委より】		・A 学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)と共に、B・Cを主治医にお渡しいただき、ご一読いただいた上で、記入をお願いします。
		C 主治医の先生へ 学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)の作成についてのお願い【県教委より】		※ 記入に伴う費用は保護者様のご負担となります。
	○	D 食物アレルギー個別取組プラン ①緊急時対応カード(表) ②個別調査票(裏)	保護者	・主治医の指示に基づき、保護者が記入してください。 ・継続の方は、変更事項がありましたら、加筆修正をお願いします。

【注意事項】

主治医より、学校での取組を必要としないと診断を受けた場合、学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)は、ご提出いただかなくて結構です。その場合は、養護教諭までお知らせください。

月 日()までに へ提出してください。

※ 保護者が記入し、学校へ提出してください。

年 組	ふりがな 氏名	男・女	生年 月日	平成 年 月 日生
-----	------------	-----	----------	-----------

原因食物	アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> あり
	運動誘発アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> あり

1 緊急連絡先

連絡順	氏名	続柄	電話番号	連絡先	特記事項
1					
2					
3					

2 医療機関、担当医名

病院名(診療科)・市町名	担当医名	電話番号	緊急時の受入
(市・町) 病院(科)			可・不可
(市・町) 病院(科)			可・不可
(市・町) 病院(科)			可・不可

(学校記入欄)特記事項 ⇨ 病院への連絡方法等

3 使用している薬と保管場所、症状が出た際の処置

①現在服用中の予防薬 なし・あり(内・外・他) 薬品名()
②症状が出たときの処方薬 なし・あり(学校への薬の携行が必要ですか? 必要なし・必要) <input type="checkbox"/> エピペン® ___mg___本所持 現在の保管場所() トレーナー訓練(有・無) 医師から指示された接種のタイミング() <input type="checkbox"/> エピペン®以外の薬品名() 現保管場所() 医師から指示された服用タイミング()
③本人の薬の管理状況(使い方・飲み方・保管ができますか?)
④アレルギー症状が出た際の処置や連絡のタイミング(緊急時対応マニュアル 参照)

※ 裏面の個別調査票にも忘れずに記入をお願いします。

個別調査票

学校生活管理指導表に記載されている補足として、保護者が記入し、学校生活管理指導表・緊急時対応カードと一緒に学校へ提出してください。

年 組	ふりがな 氏名	男・女	生年 月日	平成 年 月 日 (歳)
-----	------------	-----	----------	------------------

1 アナフィラキシー発症状況(学校生活管理指導表に「アナフィラキシー」ありの場合記入してください。)

※ アナフィラキシーとは、以下の症状が複数同時にかつ急激に強く出現した状態をいいます。

じんましんなどの皮膚症状、腹痛や嘔吐などの消化症状、咳・ゼーゼー・呼吸困難などの呼吸器症状

年齢	原因食物	症状(直近のものから記入)	ショック
			有・無
			有・無
			有・無

2 原因食物と摂取後の具体的な症状・対応手順等

原因食物	症状	対応手順等	最終既往年月等
<例>卵	口の中がかゆくなる→治まらない →強くなる	口をすすぐ→薬を飲む→薬を塗 る	〇年〇月(〇歳頃)

3 家庭における対応の状況(食事・外食・おやつについて注意していることなど)

--

4 学校生活上の留意点

A 給食	
<食物アレルギー対応>	<input type="checkbox"/> 希望する(基本除去食) <input type="checkbox"/> 希望しない(弁当持参)
<毎月の献立確認については>	<input type="checkbox"/> 面談を希望 <input type="checkbox"/> 書面での対応を希望
B 食物・食材を扱う授業・活動	
<input type="checkbox"/> 希望する(対応内容)	<input type="checkbox"/> 希望しない
C 運動(体育・部活動・クラブ等)	
<input type="checkbox"/> 希望する(対応内容)	<input type="checkbox"/> 希望しない
D 宿泊を伴う校外活動	
<input type="checkbox"/> 希望する(対応内容)	<input type="checkbox"/> 希望しない
E その他の配慮・管理事項	

対象児童	年 組 氏名()
日時	年 月 日() 時 分～ 時 分
場所	
出席者	保護者()・校長・栄養士・養護教諭・担任・調理員 その他()

学校生活上の留意点	相談内容	学校における具体的取組内容
A 給食 1 管理不要 2 管理必要		
B 食物・食材を扱う授業・活動 1 管理不要 2 管理必要		
C 運動(体育・部活動・クラブ等) 1 管理不要 2 管理必要		
D 宿泊を伴う校外活動 1 管理不要 2 管理必要		
F その他の配慮・管理事項		

(学校記入欄)

緊急時対応マニュアル(裏面)を提示し、保護者に確認 した しない

上記の学校における日常の取組や緊急時対応を確認しました。またその活用のため、記載された内容を全職員で共有し、必要に応じて関係機関等に情報提供することに同意します。

年 月 日 保護者氏名 _____

食物アレルギー緊急時対応マニュアル

異変に気がいたら子供から目を離さない

迷ったらエピペン®を打つ！

ただちに119番通報

助けを呼び、人を集める

下の症状から重症度を判定し、速やかに行動する

全身の
症状

- ぐったり
- 意識もうろう
- 尿や便をもらす
- 脈が触れにくいまたは不規則
- 唇や爪が青白い

少なくとも5分ごとに、繰り返し症状を観察
経過・内服・エピペン®使用の時刻を記録

呼吸器
の症状

- のどや胸が締め付けられる
- 声がかすれる
- 犬が吠えるような咳
- 息がしにくい
- 持続する強い咳き込み
- ゼーゼーする呼吸

- 数回の軽い咳



©埼玉県

消化器
の症状

- 持続する強いお腹の痛み
(がまんできない痛み)
- 繰り返し吐き続ける

- 中等度のお腹の痛み
- 1~2回のおう吐
- 1~2回の下痢

- 軽いお腹の痛み(がまんできる)
- 吐き気

目・口・
鼻・顔面
の症状

上記の症状が
1つでもあてはまる場合

- 顔全体の腫れ
- まぶたの腫れ

- 目のかゆみ、充血
- 口の中の違和感、唇の腫れ
- くしゃみ、鼻水、鼻づまり

皮膚の
症状

緊急

- 強いかゆみ
- 全身に広がるじんま疹
- 全身が真っ赤

- 軽度のかゆみ
- 数個のじんま疹
- 部分的な赤み

上記の症状が
1つでもあてはまる場合

受診

- ①内服薬を飲ませ、
エピペン®を準備
- ②速やかに医療機関を受診
(救急車の要請も考慮)
- ③急速に進行する場合
→「緊急」の対応
- ④座位にして会話をしながら
観察すると、急変に対する
判断・対応がしやすい

上記の症状が
1つでもあてはまる場合

注意

- ①内服薬を飲ませる
- ②「急速に進行する」又は
「悪化が予想される」場合
→「受診」「緊急」の対応
- ③少なくとも1時間は観察
完全によくなるまで目を
離さない

- ①エピペン®を使用
- ②救急車を要請 (119番通報)
→緊急時連絡先医療機関に連絡
→保護者に連絡
- ③その場で安静を保つ(*)
→立たせたり、歩かせたりしない
- ④その場で救急隊を待つ
- ⑤可能なら内服薬を飲ませる

*安静を保つ体位

- ◇ぐったり、意識もうろうの場合、仰向けにして足を15~30cm高くする
- ◇吐き気・嘔吐がある場合、横向きに
- ◇呼吸が苦しく仰向けになれない場合、上半身を起こし後ろに寄りかからせる

監修:さいたま市民医療センター小児科 西本 創
作成:学校における食物アレルギー対応に関する課題検討委員会(埼玉県教育委員会)
環境再生保全機構「よくわかる食物アレルギー対応ガイドブック」を加工して作成

※ 埼玉県教育委員会作成 学校給食における食物アレルギー対応マニュアル【5訂】p.11 より

入間市立 小学校長 様

学年・組 年 組

児童名

保護者名

食物アレルギーに伴う欠食及び除去食願

学校給食における欠食及び除去食の対応について、貴校に可能な範囲での対応をお願いします。

については、アレルギーとなる食物を使用している同一施設で調理すること、及び、当該対応食の喫食による事故について、学校側に責任を問わないことを承諾します。

下記の食物については、
欠食
除去
の措置をしていただきたくお願いします。

記

1 期間 年 月 日 ～ 年 月 日

2 理由

3 診断を受けた病院等

4 医師からの指示・症状(具体的に)

5 除去する食物

※ 期間については、最長で年度内となります。(その学年の3月末まで)

入間市立 小学校長 様

学年・組 年 組
児童名
保護者名

食物アレルギーに伴う欠食及び除去食願の解除届

下記の食物のみ解除をしていただきたくお届けします。

当該食物の喫食による事故について、学校側に責任を問わないことを承諾します。

記

1 期日 年 月 日 ～

2 解除する食物

3 診断を受けた病院等

4 医師からの指示・症状(具体的に)