

保 護 者 様

神栖市教育委員会

食物アレルギー調査票

お子様の食物アレルギーの有無について確認したいので、以下のアンケートにご記入の上
入園申請受付時に提出して下さい。

希 望 園 名 _____ 幼稚園

園児氏名		生年月日	年 月 日
保護者氏名		保護者連絡先 (日中連絡のつく 電話番号)	

- 食物アレルギーがありますか。
いいえ はい (原因食物名：)
※「はい」を選んだ方のみ、以下の2、3をご記入ください。
- 食物アレルギーについて、医師の診断を受けていますか。
いいえ
はい (病院名： 受診時期： 年 月頃)
※一番最近の受診についてご記入ください
- アナフィラキシーショックを起こしたことがありますか。
いいえ はい (発症時期： 年 月 (歳)頃)

※以下の欄は記入不要です

教育委員会記入欄	
整理番号	No.