様式第１号

**豊橋市学校給食アレルギー対応食希望調査表**

希望丰桥市学校提供过敏对应供餐调查表

　　　年　　月　　日

豊橋市教育委員会　行

寄 丰桥市教育委员会

 豊橋市立　　　　　　　　　　　学校

 丰桥市立 学校

 保護者氏名

 家长姓名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学生姓名（注假名）ふ り が な児童生徒氏名 |  | 出生年月日生年月日 | 　年　　月　　日（　　　岁 歳） |
| 年级/班学年・組 | 年 班（在校生）年　　　　組（在校生のみ） |
| 地址住所 | （**〒**　　　　　　　　）豊橋市丰桥市 | 电话電話 |  |
| 经常去的医院名，主治医生かかりつけの医療機関名／主治医名 |  | 电话電話 |  |
| 最近检查过敏的医疗机构和日期直近でアレルギーの検査を受けた時期及び医療機関 | 时期： 年 月（大约） 医疗机构名：時期：　　年　　　　月頃　　　　　　　医療機関名：（　　　　　　　　　　　） |

※以下的该当项目上划⚪或写下必要事项。次の該当項目を○で囲むか必要事項を記入してください。

１. 蛋过敏的状况　卵アレルギーの状況

①请回答引起过敏症状的食品名，菜名。（可以复数回答）

アレルギー症状を発症した食品・料理を記入してください。（複数回答可）

ア．生蛋（生卵）　イ．蛋黄酱（マヨネーズ）　ウ．炒鸡蛋（玉子焼き）　エ．鸡蛋汤（玉子スープ）

エ．天妇罗的面糊衣（天ぷらの衣）　オ．曲奇饼（クッキー）　カ．鱼糕（かまぼこ）

キ．日式火腿（ハム）　ク．中华面条（中華麺）　ケ．四方片面包（食パン）

コ．其它（その他）（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

②请回答过敏时的症状（可以复数回答） 発症するアレルギー症状を記入してください。（複数回答可）

ア．过敏反应，休克(アナフィラキシー（ショック））　イ．荨麻疹（じんましん）

ウ．荨麻疹以外的皮肤症状（じんましん以外の皮膚症状）　エ．呼吸困难（呼吸困難）

オ．呕吐，腹痛（嘔吐・腹痛）　カ．腹泻（下痢）　キ．其它（その他）（　　　　　　　　　　）

③食用后到出现症状大约要多长时间？ 食べてから症状が出るまでの時間はどれ位ですか。

ア．1小时以内（１時間以内）　イ．1到4小时之间（１～４時間）　ウ．4小时以上（４時間以上）

エ．根据身体状况（体調による）　オ．其它（その他）（　　　　　　　　　　　　）

２．请回答在家和外出用餐时去除蛋的状况（该当项目上划⚪）

家庭や外食時の卵の除去状況（該当項目を○で囲む）

ア．挑出固体状态后剩下的能食用 固体を除去すれば食べられる

（例：挑出汤里的鹌鹑蛋就可以食用 スープに入ったうずら卵を除いて食べる）

イ．只要含有蛋，就算挑出也不能食用 卵が入っていれば除去しても食べられない

（例：汤里有鹌鹑蛋就不能食用 スープにうずら卵が入っていれば食べられない）

ウ．烹饪用具等要分开使用 調理器具等を使い分けている

エ．其它（请详细记录） その他（具体的に書いてください）

３．现在学校供餐（保育园，幼儿园）的状况（在该当项目上划⚪，可以复数回答）

現在の学校給食（保育園・幼稚園）の状況（該当項目を○で囲む、複数回答可）

ア.虽有食物（蛋）过敏，但学校供餐（保育园，幼儿园）都全部食用

食物（卵）アレルギーはあるが学校給食（保育園・幼稚園給食）は全部食べられる

（理由： ）

イ. 挑出蛋后可食用或剩下蛋 卵を取り除いて食べている、又は食べ残す

（例：就挑出八宝菜的鹌鹑蛋 八宝菜のうずら卵だけ除く）

ウ. 不食用含有蛋的菜谱 卵が入った献立だけ食べない

（例：含有鹌鹑蛋的八宝菜不食用 うずら卵の入った八宝菜は食べない）

エ．含有不能食用的菜谱时可以从家里带其替用食 食べられない献立だけ代替品を家庭から持参する（例：不食用八宝菜而食用从家里带来的其它菜 八宝菜は食べず代わりのおかずを持参する）

オ. 去除菜谱里的蛋的供食 卵除去食対応をしている

（例：食用可提供的不放鹌鹑蛋的八宝菜 うずら卵を除いた八宝菜が提供される）

カ. 不食用供餐，自己带餐 給食は食べず、弁当を持参する

キ. 其它 その他（请详细记录 具体的に書いてください）

４．其它 その他（有特别记录事项请详细写下 特記事項があれば記入してください）