〈英語〉

　　Year Month Day

〈資料１〉

令和　　年　　月　　日

―　保２－１ ―

Dear Parents

　保護者　様

Name of school豊橋市立　　　　　　　　　　学校

Name of principal校長

**A request to submit the “*Food Allergy Questionnaire”***

「食物アレルギー調査」の提出について（依頼）

Greetings! We would like to thank you for your understanding and cooperation to our school activities.

Our school is trying to obtain information about the students who have food allergy so that we can secure them and make sure that our school will be able to correspond appropriately in case of emergency.

In connection with this, we would like you to fill up the Food Allergy Questionnaire (the form below) and submit it before December\_\_\_, 2021.

After filling the questionnaire, students who have needs for “Food Allergy Correspondence” another form will be given, which is *Gakkō Seikatsu Kanri Shidō Hyō* **or School Life Guidance & Management Form （for food allergy & anaphylaxis）**. This form must be filled up by a doctor and needs to submit back to school.

○○の候、保護者の皆様には益々ご健勝のことと存じます。平素は本校の教育活動にご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

本校では、食物アレルギーがある児童生徒の学校生活をより安全で安心なものとするため、食物アレルギー疾患について詳しい情報を把握し、適切に対応するよう努めているところです。

　つきましては、別添の食物アレルギー調査を記入、押印していただき、　　月　　日（　　）までに学級担任へ提出をお願いいたします。

なお、この調査の後、食物アレルギーがあり対応（学校における配慮や管理）が必要なお子さまにつきましては、後日学校よりお渡しする「学校生活管理指導表（食物アレルギー・アナフィラキシー用）」を主治医に記入していただき、提出していただくようご協力をお願いいたします。

※Please call the school adviser or school nurse if you have any questions. (☎ 　　　　　　　　　　　　　　　 )

※ご不明な点がありましたら、担任または養護教諭までご連絡ください。

ew02areru03\_04(2017)

Food Allergy Questionnaire 〈英語〉

食物アレルギー調査

　　　　　　小・中学校　氏名

重要性分類Ⅱ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 食物アレルギー調査 | １年　　 組　 　番  　 年　 月 　 日記入 | ２年　　 組　 　番  　 年　 月 日記入 | ３年　　 組　 　番  　 年　 月 　 日記入 |
| ■ お子さんは、現在、食物アレルギーがありますか。  Does your child currently have food allergy? | ある→【質問１】～【質問６】へ  （　　）Yes → [Q1] ~ [Q6]  ない （　　）No | ある→【質問１】～【質問６】へ  （　　）Yes → [Q1] ~ [Q6]  ない （　　）No | ある→【質問１】～【質問６】へ  （　　）Yes → [Q1] ~ [Q6]  ない （　　）No |
| 【質問１】　アレルギーを起こす食品すべてに○をつけてください。  [Q1] Please encircle all the food that causes the allergy. | 鶏卵・牛乳・小麦・えび・かに　落花生・その他  Egg, milk, flour, squid, crab　 Peanuts  Others ( 　　　　　　　　　 ) | 鶏卵・牛乳・小麦・えび・かに　落花生・その他  Egg, milk, flour, squid, crab　 Peanuts  Others ( 　　　　　　　　　 ) | 鶏卵・牛乳・小麦・えび・かに　落花生・その他  Egg, milk, flour, squid, crab　 Peanuts  Others ( 　　　　　　　　　 ) |
| 【質問２】　質問１のうち、現在食べさせていない、もしくは量や調理法等を制限している食品があったらすべてに○をつけてください。  [Q2] Please encircle the foods that are not being eaten at the moment or have restriction in the amount and cooking method, etc. | 鶏卵・牛乳・小麦・えび・かに　落花生・その他  Egg, milk, flour, squid, crab　 Peanuts  Others 　　（ 　 　　　　　　　　　 )  全て制限なく食べさせているI let him/her eat everything without restrictions. | 鶏卵・牛乳・小麦・えび・かに　落花生・その他  Egg, milk, flour, squid, crab　 Peanuts  Others 　　（ 　 　　　　　　　　　 )  全て制限なく食べさせているI let him/her eat everything without restrictions. | 鶏卵・牛乳・小麦・えび・かに　落花生・その他  Egg, milk, flour, squid, crab　 Peanuts  Others 　　（ 　 　　　　　　　　　 )  全て制限なく食べさせているI let him/her eat everything without restrictions. |
| 【質問３】  質問２で、食品の除去や制限をしているのは医師の指示によるものですか。  [Q3] Is it the doctor’s advice that you should control the food as you answered in [Q2]? | （　　）医師の指示によるもの  Yes, it is the doctor’s advice  〔 　 年 　 月頃の指示〕  （　　）保護者の判断によるもの  No, it is the parents/guardian’s decision  （　　）その他（　　　　　　　　　） | （　　）医師の指示によるもの  Yes, it is the doctor’s advice  〔 　 年 　 月頃の指示〕  （　　）保護者の判断によるもの  No, it is the parents/guardian’s decision  （　　）その他（　　　　　　　　　） | （　　）医師の指示によるもの  Yes, it is the doctor’s advice  〔 　 年 　 月頃の指示〕  （　　）保護者の判断によるもの  No, it is the parents/guardian’s decision  （　　）その他（　　　　　　　　　） |
| 【質問４】今まで、＊アナフィラキシー症状を起こしたことがありますか。  [Q4] So far, have your child had the ＊*anaphylaxis symptoms* ?  ＊ Itching, hives, swelling, nausea, vomiting, diarrhea, shortness of breath, chest tightness, dizziness and low blood pressure | （　　）はい  　 　　　　　 最近では（　　　）才頃  合計（　　　）回ぐらい  Yes, My child had it when he/she was \_\_\_\_years old.  How many times? \_\_\_\_times  （　　）いいえ No | （　　）はい  　 　　　　　 最近では（　　　）才頃  合計（　　　）回ぐらい  Yes, My child had it when he/she was \_\_\_\_years old.  How many times? \_\_\_\_times  （　　）いいえ No | （　　）はい  　 　　　　　 最近では（　　　）才頃  合計（　　　）回ぐらい  Yes, My child had it when he/she was \_\_\_\_years old.  How many times? \_\_\_\_times  （　　）いいえ No |
| 【質問５】　現在、食物アレルギーのために薬やエピペンを処方されていますか。  [Q5] At present, is your child have been prescribed medicine or EpiPen  (Epinephrine auto injector) for food allergy? | （　　）ない　No  （　　）薬Medicine：〔　　　　　　　　　 　〕  （　　）エピペンEpiPen | （　　）ない　No  （　　）薬Medicine：〔　　　　　　　　　 　〕  （　　）エピペンEpiPen | （　　）ない　No  （　　）薬Medicine：〔　　　　　　　　　 　〕  （　　）エピペンEpiPen |
| 【質問６】  学校での＊食物アレルギー対応を希望しますか。[Q6] Do you want your child to be taken care of special correspondence for food allergy at school? | （　　）希望する - Yes  （　　）希望しない - No  **※** Even if your answer is “No”, when food allergy correspondence is necessary, we may recommend a doctor’s diagnosis after confirming with an interview, etc. | （　　）希望する - Yes  （　　）希望しない - No  **※** Even if your answer is “No”, when food allergy correspondence is necessary, we may recommend a doctor’s diagnosis after confirming with an interview, etc. | （　　）希望する - Yes  （　　）希望しない - No  **※** Even if your answer is “No”, when food allergy correspondence is necessary, we may recommend a doctor’s diagnosis after confirming with an interview, etc. |
| 保護者氏名 – Parents name |  |  |  |

Food Allergy Questionnaire 〈英語〉

食物アレルギー調査

　　　　　　小学校　氏名

重要性分類Ⅱ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 食物アレルギー調査 | ４年　　 組　 　番  　 年　 月 　 日記入 | ５年　　 組　 　番  　 年　 月 日記入 | ６年　　 組　 　番  　 年　 月 　 日記入 |
| ■ お子さんは、現在、食物アレルギーがありますか。  Does your child currently have food allergy? | ある→【質問１】～【質問６】へ  （　　）Yes → [Q1] ~ [Q6]  ない （　　）No | ある→【質問１】～【質問６】へ  （　　）Yes → [Q1] ~ [Q6]  ない （　　）No | ある→【質問１】～【質問６】へ  （　　）Yes → [Q1] ~ [Q6]  ない （　　）No |
| 【質問１】　アレルギーを起こす食品すべてに○をつけてください。  [Q1] Please encircle all the food that causes the allergy. | 鶏卵・牛乳・小麦・えび・かに　落花生・その他  Egg, milk, flour, squid, crab　 Peanuts  Others ( 　　　　　　　　　 ) | 鶏卵・牛乳・小麦・えび・かに　落花生・その他  Egg, milk, flour, squid, crab　 Peanuts  Others ( 　　　　　　　　　 ) | 鶏卵・牛乳・小麦・えび・かに　落花生・その他  Egg, milk, flour, squid, crab　 Peanuts  Others ( 　　　　　　　　　 ) |
| 【質問２】　質問１のうち、現在食べさせていない、もしくは量や調理法等を制限している食品があったらすべてに○をつけてください。  [Q2] Please encircle the foods that are not being eaten at the moment or have restriction in the amount and cooking method, etc. | 鶏卵・牛乳・小麦・えび・かに　落花生・その他  Egg, milk, flour, squid, crab　 Peanuts  Others 　　（ 　 　　　　　　　　　 )  全て制限なく食べさせているI let him/her eat everything without restrictions. | 鶏卵・牛乳・小麦・えび・かに　落花生・その他  Egg, milk, flour, squid, crab　 Peanuts  Others 　　（ 　 　　　　　　　　　 )  全て制限なく食べさせているI let him/her eat everything without restrictions. | 鶏卵・牛乳・小麦・えび・かに　落花生・その他  Egg, milk, flour, squid, crab　 Peanuts  Others 　　（ 　 　　　　　　　　　 )  全て制限なく食べさせているI let him/her eat everything without restrictions. |
| 【質問３】  質問２で、食品の除去や制限をしているのは医師の指示によるものですか。  [Q3] Is it the doctor’s advice that you should control the food as you answered in [Q2]? | （　　）医師の指示によるもの  Yes, it is the doctor’s advice  〔 　 年 　 月頃の指示〕  （　　）保護者の判断によるもの  No, it is the parents/guardian’s decision  （　　）その他（　　　　　　　　　） | （　　）医師の指示によるもの  Yes, it is the doctor’s advice  〔 　 年 　 月頃の指示〕  （　　）保護者の判断によるもの  No, it is the parents/guardian’s decision  （　　）その他（　　　　　　　　　） | （　　）医師の指示によるもの  Yes, it is the doctor’s advice  〔 　 年 　 月頃の指示〕  （　　）保護者の判断によるもの  No, it is the parents/guardian’s decision  （　　）その他（　　　　　　　　　） |
| 【質問４】今まで、＊アナフィラキシー症状を起こしたことがありますか。  [Q4] So far, have your child had the ＊*anaphylaxis symptoms* ?  ＊ Itching, hives, swelling, nausea, vomiting, diarrhea, shortness of breath, chest tightness, dizziness and low blood pressure | （　　）はい  　 　　　　　 最近では（　　　）才頃  合計（　　　）回ぐらい  Yes, My child had it when he/she was \_\_\_\_years old.  How many times? \_\_\_\_times  （　　）いいえ No | （　　）はい  　 　　　　　 最近では（　　　）才頃  合計（　　　）回ぐらい  Yes, My child had it when he/she was \_\_\_\_years old.  How many times? \_\_\_\_times  （　　）いいえ No | （　　）はい  　 　　　　　 最近では（　　　）才頃  合計（　　　）回ぐらい  Yes, My child had it when he/she was \_\_\_\_years old.  How many times? \_\_\_\_times  （　　）いいえ No |
| 【質問５】　現在、食物アレルギーのために薬やエピペンを処方されていますか。  [Q5] At present, is your child have been prescribed medicine or EpiPen  (Epinephrine auto injector) for food allergy? | （　　）ない　No  （　　）薬Medicine：〔　　　　　　　　　 　〕  （　　）エピペンEpiPen | （　　）ない　No  （　　）薬Medicine：〔　　　　　　　　　 　〕  （　　）エピペンEpiPen | （　　）ない　No  （　　）薬Medicine：〔　　　　　　　　　 　〕  （　　）エピペンEpiPen |
| 【質問６】  学校での＊食物アレルギー対応を希望しますか。[Q6] Do you want your child to be taken care of special correspondence for food allergy at school? | （　　）希望する - Yes  （　　）希望しない - No  **※** Even if your answer is “No”, when food allergy correspondence is necessary, we may recommend a doctor’s diagnosis after confirming with an interview, etc. | （　　）希望する - Yes  （　　）希望しない - No  **※** Even if your answer is “No”, when food allergy correspondence is necessary, we may recommend a doctor’s diagnosis after confirming with an interview, etc. | （　　）希望する - Yes  （　　）希望しない - No  **※** Even if your answer is “No”, when food allergy correspondence is necessary, we may recommend a doctor’s diagnosis after confirming with an interview, etc. |
| 保護者氏名 – Parents name |  |  |  |