

<ポルトガル語>
平成 _____年____月____日
Heisei ano mês dia

保護者の皆様へ

Aos Srs. Pais ou Responsáveis

豊橋市立 _____ 学校長
Diretor da Escola

食物アレルギー調査について

Questionário de alergia alimentar

_____月_____日より給食が始まります。

A merenda escolar será iniciada no dia _____日 _____mês _____月 _____.

アレルギーに関するアンケートにご協力をお願いいたします。

Favor preencher o seguinte questionário sobre alergia.

* _____月_____日 までに担任にご提出ください。

Entregar ao professor responsável até o dia (日) mês (月)

-----RECORTE AQUI-----

食物アレルギー調査

Questionário sobre alergia alimentar

_____年 _____組 氏名 _____

série classe nome

1 医師から食物アレルギーの診断や治療を受けていますか。

Já foi diagnosticado ou recebeu tratamento médico sobre alergia alimentar?

ア 受けている SIM イ 受けていない NÃO

2 アレルギーを起こす食品は何ですか。(複数回答可)

Tem alergia a quais alimentos?

3 その食品を食べると、どんな症状が出ますか。(複数回答可)

O que acontece quando consome esses alimentos? (assinale todas as opções correspondentes)

ア 湿疹(eczema) イ 呼吸困難(dificuldade respiratória)

ウ 鼻血(hemorragia nasal) エ その他 outros ()

4 その食品を食べた時の症状のかたはどうですか。

Como aparecem os sintomas quando consome este alimento?

ア 食べると必ず出る Aparece sempre que consome

イ 体調により出たり出なかつたりする Aparece dependendo do estado de saúde

ウ その他 Outros ()

5 その他、学校給食について要望等がありましたらご記入ください。

Há algum pedido quanto a merenda escolar?

()