

お名前表記確認書

入学式以降、中学校生活において下記のとおり確認させていただきます。楷書で丁寧にお書きください。

※ フォントによっては、トメ・ハネ等が少し変わる場合もあります。

※ 外字は異なるフォントで表示される場合がありますが、「吉→吉」、「高→高」、「崎→崎」、「西→西」等は表記できる場合があります。

※ 「北」、「令」などは、フォントによって「北」、「令」のようになります。

() 小学校	6 年 () 組 () 番
お名前 (表記)	性別
ふりがな	

★お名前の表記（文字の形）等について、留意点がある場合は下記にご記入ください。

--

★本校に兄弟姉妹が在籍している場合はご記入ください。

① () 年 () 組 お名前 ()	② () 年 () 組 お名前 ()
--------------------------	--------------------------

保護者名

連絡先
(電話番号)

※入学式までに連絡させていただくことがあるかもしれません。

※この用紙を封筒に入れて 2 月 8 日（土）にご提出ください。

大津市立打出中学校 TEL. 077-522-6733（担当：教頭）

名札注文書

大津市立打出中学校 宛

名札を注文します。

() 小学校	6 年 () 組 () 番
お名前	※楷書でていねいにお書きください

※ 名札の表記は、苗字のみとなりますが上記にはフルネームでお書きください。新 1 年生は黄色です（現 3 年生は黄色です）。入学後、学年会計にて集金（200 円程度）させていただきます。

アレルギー疾患に関する調査票

令和 年（西暦 年） 月 日記入

大津市立打出中学校

年 組 番

児童生徒名

保護者名

1. 下記のいずれかに○印をつけて下さい。

- () アレルギー疾患がない。 (質問はこれで終了です。)
- () アレルギー疾患がある。 (以下の質問に記入下さい。)

2. 上記質問において、「アレルギー疾患がある」と回答された方は、続いてお答えください。

(1) 該当する疾患に○印をつけ、そのアレルギーの原因物質を記入下さい。

○をつけて下さい	疾患・症状	アレルギーの原因
	アナフィラキシー	
	食物アレルギー	
	気管支ぜんそく	
	アトピー性皮膚炎	
	アレルギー性結膜炎	
	アレルギー性鼻炎	
	その他 *具体的に症状をご記入ください。 ()	

(2) 配慮や制限について下記の①～③のいずれかに○印をつけて下さい。

- ① () 特に配慮や制限は必要ありません。
- ② () 学校生活管理指導表を提出します。
- ③ () 配慮や制限は必要だが、学校生活管理指導表は提出できません。

提出できない理由及びどんな配慮や制限が必要か記入下さい。

※場合によっては、学校生活管理指導表の提出を求めることがあります。

(3) エピペンについて、いずれかに○印をつけて下さい。

- () エピペンは処方されていない。
- () エピペンを処方されている。

*食物アレルギーに○印を記入された場合は、別紙「食物アレルギー調査票（様式3）」にも記入をお願いします。

※記入された個人情報、本校におけるアレルギー疾患に対する取り組みにのみ利用します。

食物アレルギーがある方の
み記入下さい。

食物アレルギー調査票

様式3 中学校用

中学校名	大津市立打出中学校	記入年月日	令和 年(西暦 年) 月 日
学年・組・番	1年 組 番	緊急連絡先	【自宅・保護者()携帯・その他()】
	2年 組 番		TEL
	3年 組 番		【自宅・保護者()携帯・その他()】
生徒氏名			TEL
生年月日	H・R 年(西暦 年) 月 日	かかりつけ 医療機関名	TEL

★該当する項目にチェック✓またはご記入ください。

1. 食物アレルギーを起こす原因食品は何ですか。

- ☐鶏卵 ☐牛乳・乳製品 ☐小麦 ☐そば ☐落花生
☐くるみ ☐ごま ☐カシューナッツ ☐その他種実・木実類 ☐えび ☐かに
☐オレンジ ☐キウイフルーツ ☐りんご ☐もも ☐バナナ ☐その他果物類
☐いか ☐鮭 ☐さば ☐その他魚類 ☐牛肉 ☐豚肉 ☐鶏肉
☐その他肉類 ☐大豆・大豆製品 ☐まつたけ ☐やまいも ☐ゼラチン ☐大麦
☐アーモンド ☐その他()

2. 食物アレルギーを起こす原因食品と除去の程度について(現在、制限・除去すべき食品を全てご記入下さい。)

原因食品	摂取時に起こる症状	除 去 の 程 度	給食での対応
		☐ 完全除去 ☐ 少量であれば可 ☐ 加熱すれば可 ☐ 加工食品等に含まれる微量であれば可 ☐ ()	要・不要
		☐ 完全除去 ☐ 少量であれば可 ☐ 加熱すれば可 ☐ 加工食品等に含まれる微量であれば可 ☐ ()	要・不要
		☐ 完全除去 ☐ 少量であれば可 ☐ 加熱すれば可 ☐ 加工食品等に含まれる微量であれば可 ☐ ()	要・不要
		☐ 完全除去 ☐ 少量であれば可 ☐ 加熱すれば可 ☐ 加工食品等に含まれる微量であれば可 ☐ ()	要・不要
		☐ 完全除去 ☐ 少量であれば可 ☐ 加熱すれば可 ☐ 加工食品等に含まれる微量であれば可 ☐ ()	要・不要
		☐ 完全除去 ☐ 少量であれば可 ☐ 加熱すれば可 ☐ 加工食品等に含まれる微量であれば可 ☐ ()	要・不要

3. 上記質問2の除去はどなたが判断されましたか。

- ☐医師 ☐保護者 ☐その他()

4. 食物アレルギーで医師の診断はありますか。

- ☐無し ☐有り ⇒ 最終診断年月：平成・令和 年(西暦 年) 月頃

5. 食物アレルギーの検査はされましたか。

- ☐無し ☐有り ⇒ 陽性 食品名()
陰性 食品名()
最終検査年月：平成・令和 年(西暦 年) 月頃

6. 家庭で除去食や食事制限はされていますか。

- ☐無し ☐有り ⇒ ☐完全除去食(☐調理の段階で除去 ☐本人が除去)
☐本人の体調によって除去(☐調理の段階で除去 ☐本人が除去)
☐加工食品等わずかに入っているものは食べている()
☐その他()

7. 過去に除去食を行っていたが、現在は食べられるようになった食品はありますか。

- ☐無し ☐有り ⇒ 食品名()

→裏面へ

8. 運動で症状を発症したことがありますか。

☐無し ☐有り ⇒ ☐食事との関連有り ☐食事との関連なし

9. アナフィラキシーショックの経験はありますか。

☐無し ☐有り ⇒ 回数： 回
最終発症年月：平成・令和 年（西暦 年） 月 日
原因（ ）

10. 現在、アレルギー疾患の治療のために使用している薬はありますか。

☐無し ☐有り ⇒ ☐内服薬 ☐吸入薬 ☐外用薬 ☐注射薬 ☐その他
薬剤名（ ）

11. 学校に携帯している薬はありますか。

☐無し ☐有り ⇒ ☐内服薬 ☐吸入薬 ☐外用薬 ☐注射薬 ☐その他
薬剤名（ ）

12. アレルギー症状を起こしたときの対応方法は何ですか。

☐内服薬 ☐自己注射 ☐その他（ ）

13. 学校給食での対応は必要ですか。

☐不要

☐必要

どのような対応が必要です。（※具体的な対応方法は学校と要相談）

14. 主治医より運動や課外活動・調理実習・宿泊・学校生活等で注意を受けていますか。

☐無し

☐有り

どのような内容ですか。

15. その他・特記事項(ご自由にお書き下さい)

学校における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するために、本票に記載された内容を
学校全体(教職員、児童生徒等)で共有することに同意します。 保護者署名

【保護者確認欄】

上記内容に追加、変更等がある場合は、必要箇所への訂正、記入とともに、下の欄にご署名をお願い致します。

学年	追加・変更箇所の有無(○印)	記入年月日	保護者署名
中学2年時	有 ・ 無	年 月 日	
中学3年時	有 ・ 無	年 月 日	