（別紙様式６）

食物アレルギーによる代替食連絡票

学校名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

児童名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

１　食物アレルギーについて

医師により除去が必要と診断されている食材について、除去該当欄に〇をつけてください。

原因食物		除去該当欄	アナフィラキシーの既往
1	卵		ある　・　ない
2	乳		ある　・　ない
3	小麦		ある　・　ない
4	そば		ある　・　ない
5	落花生		ある　・　ない
6	えび		ある　・　ない
7	かに		ある　・　ない

※上記以外に、医師により除去が必要と診断されている食品がある場合は、具体的な品目を下記にご記入ください。

２　代替食が必要なメニューについて

食事 №1 ～ 食事 №4 を参照して、以下の№2～№4 の欄の該当となる項目を〇で囲み、「メニュー名」と「原因食物となる原材料」の欄には内容をご記入ください。

月日(曜日)	№2	№3	№4	メニュー名	原因食物となる原材料
月　　日（　　）	朝・昼・夜	野外炊事等	弁（　）		
月　　日（　　）	朝・昼・夜	野外炊事等	弁（　）		
月　　日（　　）	朝・昼・夜	野外炊事等	弁（　）		
月　　日（　　）	朝・昼・夜	野外炊事等	弁（　）		
月　　日（　　）	朝・昼・夜	野外炊事等	弁（　）		
月　　日（　　）	朝・昼・夜	野外炊事等	弁（　）		
月　　日（　　）	朝・昼・夜	野外炊事等	弁（　）		
月　　日（　　）	朝・昼・夜	野外炊事等	弁（　）		

※№4 弁当の（ ）には、当てはまる種類（Ⅰ～Ⅲ）をご記入ください。

＜　記入欄が不足する場合は、本紙をコピーしてご活用ください。＞

担任名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿