様式7

年　　組　　名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

令和２年度 【　　】月　食物アレルギー対応 確認書（代替、摂取量の調整用）

アレルゲン：			
対応日	代替または摂取量を調整する献立名	代替食品名または摂取量（学校での対応）	当日確認(担任または担当者)
（記入例） ５月８日	野菜かき玉スープ 食パン メロン	即席スープ：保健室でお湯をもらう 食パン：１枚だけ食べる メロン：食べない（代替なし）	明治
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			

★ 別紙詳細献立表と照らし合わせて確認していただき代替食（弁当、アレルゲンを含まない食品の持参）、
　摂取量の目安を記入してください。また、冷蔵庫保管、お湯の準備等学校で必要な対応を記入してください。

★変更が生じた場合は、必ず担任へ連絡をお願いします。

★お手数ですが確認・記入後、下記に記名・捺印をして担任に提出してください。

★担任または担当者は、当日確認し実施したら、確認欄に印またはサインを入れる。

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印