

令和 年 月 日

食物アレルギーを有する児童の  
保護者のみなさま

吹田市教育委員会  
学校教育部保健給食室  
吹田市立〇〇〇小学校  
校長 〇 〇 〇 〇

### 食物アレルギー対応解除申請書の提出について

平素は、本市学校給食事業にご理解、ご協力を賜り、誠にありがとうございます。

標記のことについて、食物アレルギー対応の解除（一部の品目解除・全解除等）については、医師の診断により対応となりますが、その申請は保護者が所定の申請書に記入し学校に御提出いただくことになります。但し、以下の＜申請時の注意事項＞をすべて満たす場合に認められます。必ずご確認くださいの上で申請書を提出していただきますようお願いいたします。

御提出いただいた申請書をもとに、聞き取りを行い検討させていただきます。本市では食品ごとの対応は行っていないため、申請いただいた内容すべてが対応できるというものではありません。学校給食を提供する上で、食物アレルギーをお持ちの児童の安全確保を第一に考えての取り決めとして「学校における食物アレルギー対応ガイドライン」に基づき対応してまいりますので、御理解いただきますようお願いいたします。

#### ＜申請時の注意事項＞

- ① 必ず医師の診断により、解除。
- ② 家庭で試し食べをせず、学校で初めに食べる場合は対応不可。
- ③ 原因食物を家庭で複数回、量の制限なく喫食しても症状が出ない。
- ④ 食物アレルギー28品目など品目ごとの対応であるため、食品ごとの個別対応は不可。

(例) 卵アレルギーの場合      うずら卵・鶏卵が対象となるため、どちらか一方のみ解除は対応不可。

# 記入例

2024年度様式

## 食物アレルギー対応解除申請書

学校長あて

届出日: 令和 〇年 〇月 〇日

〇〇〇

小学校

〇年 〇組

児童氏名 〇〇 〇〇

保護者氏名 〇〇 〇〇

令和 〇年 〇月 〇日 主治医に受診したところ、本児童生徒等は

学校生活管理指導表により除去していた(食品名: 卵 )について、

これまでに複数回摂取して症状が誘発されていませんので、学校給食における除去解除を  
お願いします。

医療機関名 吹田病院

(主治医: 吹田 太郎 )

所在地 大阪府吹田市朝日町3番411号

電話番号 06-6155-8153

\* 上述内容について、医師（主治医）に問い合わせをさせていただくこともあります。

ご了承くださいる場合は、右記にチェックしてください。

☒ 了承しました

以下、学校記入欄

< 確認日 > 月 日 ( )

< 確認方法 > ☐ 面談 ☐ 電話 ☐ その他( )

< 確認内容 >

( )

確認者