

食物アレルギー調査票集計表

学校担当者 記入

2023/7/3 現在

行程日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () ~

学校名 _____ 学校 御一行様 () 組・班・全組 担当 ()

	学年/組・班/番	ふりがな	性別	食事内容	アレルギー食材	薬の所持	備考
		氏名					
1	年 組・班 番		男・女	代替食・通常メニュー (自己判断)		エピペン・薬・なし	
2	年 組・班 番		男・女	代替食・通常メニュー (自己判断)		エピペン・薬・なし	
3	年 組・班 番		男・女	代替食・通常メニュー (自己判断)		エピペン・薬・なし	
4	年 組・班 番		男・女	代替食・通常メニュー (自己判断)		エピペン・薬・なし	
5	年 組・班 番		男・女	代替食・通常メニュー (自己判断)		エピペン・薬・なし	
6	年 組・班 番		男・女	代替食・通常メニュー (自己判断)		エピペン・薬・なし	
7	年 組・班 番		男・女	代替食・通常メニュー (自己判断)		エピペン・薬・なし	
8	年 組・班 番		男・女	代替食・通常メニュー (自己判断)		エピペン・薬・なし	
9	年 組・班 番		男・女	代替食・通常メニュー (自己判断)		エピペン・薬・なし	
10	年 組・班 番		男・女	代替食・通常メニュー (自己判断)		エピペン・薬・なし	