

 <p>교 훈 슬기롭게 배우고 튼튼하게 닦아서 올바르게 행하자</p>	<p>함께 도전하고 함께 성장하는 협력적 행복 교육</p> <h1>기린가정통신</h1>	<p>교무실: 241-7442 행정실: 241-7443 담당자: 영양교사</p>
<h2>학교급식 식품알레르기 조사</h2>		

안녕하십니까?

우리 학교 급식에 애정과 관심으로 지켜봐 주시는 학부모님께 감사드립니다.

학교 급식을 실시함에 있어 식품알레르기로 인하여 학생들의 건강에 심각한 문제가 발생할 수 있는 점을 고려하여 식품에 대한 알레르기 반응 여부 및 증상에 대한 조사를 실시하고자 합니다.

식품에 대한 심각한 알레르기가 있는 학생이 있으면 해당 식품과 반응에 대한 설문조사를 아이엠스쿨 앱을 통해 3월 10일(금)까지 완료해주시기 바랍니다.

또한 학교에서는 식품에 대한 알레르기가 있는 학생을 위하여 매월 발송되는 가정통신문에 음식명의 주된 식재료명을 기재하고 있으며 음식명 옆 표시번호로 알레르기 정보를 제공하고 있습니다.

◎ 19가지 알레르기 유발식품이 표시가 된 학교급식 식단표(예)◎

팔찰밥 쇠고기미역국5.6.16. 돌나물갯오징어숙 회5.6.7. 잡채5.6.8.10. 김치9. 우리밀초코파이1.2.6.	발아현미밥 냉이된장국5.6.18. 매운돼지갈비찜5.6. 10. 도토리묵무침5.6. 배추김치9. 청포도	단호박카레라이스 2.6.10. 오이소박이 소보루핫도그1.2.5.6 .10.12.13. 깍두기9. 렌지	찰보리밥 녹두삼계탕15. 감자미트볼케첩조 림2.5.6.10.12.13. 단배추나물5.6. 콩부각5. 배추김치9.	곤드레밥,양념장5.6. 16. 일식된장국5.6. 진미포무침1.5.6. 허니버터알감자구 이2.5. 배추김치9.
---	--	--	--	--

식단에 ①난류, ②우유, ③메밀, ④땅콩, ⑤대두, ⑥밀, ⑦고등어, ⑧계, ⑨새우, ⑩돼지고기, ⑪복숭아, ⑫토마토 ⑬아황산염, ⑭호두, ⑮닭고기, ⑯소고기, ⑰오징어, ⑱조개류(굴, 전복, 홍합 포함) ⑲잣 등의 알레르기 유발식품을 표시하였습니다. 그 외 해당식품에 특정 증상을 보이는 학생 또는 기타 표기되지 않은 식품에도 알레르기 증상을 보이는 학생들은 급식 시 각별한 주의를 부탁드립니다.

2023. 3. 6.

전주기린초등학교장

# 식품알레르기 조사서

♣ 식품알레르기가 있는 학생만 아래 내용을 작성해 주시기 바랍니다.

학년	반	번호	학생이름	학부모 성명	학생과의 관계

1. 식품알레르기 증상이 나타나는 음식은? (        )

① 난류 ② 우유 ③ 메밀 ④ 땅콩 ⑤ 대두 ⑥ 밀 ⑦ 고등어 ⑧ 계 ⑨ 새우 ⑩ 돼지고기 ⑪ 복숭아 ⑫ 토마토 ⑬ 아황산염 ⑭ 호두 ⑮ 닭고기 ⑯ 쇠고기 ⑰ 오징어 ⑱ 조개류(굴, 전복, 홍합 포함) ⑲ 잣 ⑳ (직접 기입 : )

2. 주요 증상은?

증상부위 (해당부위에 √ 표시)		주요증상 (해당 증상에 √ 표시)
피부 및 점막	<input type="checkbox"/>	가려움, 붉어짐, 두드러기, 부종
호흡기	<input type="checkbox"/>	기침, 콧물, 재채기, 숨 가쁨, 쌉쌉거림
소화기	<input type="checkbox"/>	구토, 설사, 복통, 혈변
심혈관계	<input type="checkbox"/>	가슴 통증, 저혈압, 실신
기타	<input type="checkbox"/>	어지러움, 발한, 결막충혈
기타 증상 (그 외 증상 기술)		(과거 경험·편식 등에 의한 특정 식품 거부는 제외함)

3. 병원에서 식품알레르기 검사 여부 : 검사 받음(     ), 검사 받지 않음(     )

4. 식품알레르기 검사에서 양성판정 받은 적이 있는지 여부 : 예(     ), 아니오(     )

5. 식품알레르기 검사에서 양성으로 판정받은 음식은? ( )

6. 학생 스스로 식품알레르기 원인식품을 알고 가려 먹을 수 있는지 여부 : 예( ), 아니오( )

개인정보 수집·이용 동의 ( <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요)
<p>식품알레르기 조사 및 상담 실시를 위해 학년, 반, 번호, 이름, 학부모 성명, 연락처 정보 수집하여 2022학년도 즉, 1년간 정보를 보유하고자 합니다. (만 14세 미만 아동의 경우 반드시 법적 대리인의 동의를 필요함)</p> <p>* 보호자(법적대리인) 성명 : _____ (인),     관계 : _____ ,     연락처 : _____</p> <p>* 비동의시 식품알레르기 조사 및 영양 상담이 불가능</p>