

令和7年度1月 小学校食物アレルギーチェック用献立

※アレルギー対応を必要とする献立名・材料名の両方に○で囲いをしてください。

※アレルギー対応を必要とする献立名・材料名への印
は「蛍光ペン」ではなく、朱書き(コピー可能なもの)にしてください。
《教室・職員室・給食室等で対応を確認するため》

※加工食品については、川西市のホームページで内容を確認してください。

※食材の入荷状況により、献立内容変更することがあります。

★卵除去食対応日は鶏卵・うずら卵・マヨネーズの除去食対応のことです。マヨネーズの除去食は味付けはしませんので、自宅からドレッシングの持参が可能です。

◆○で囲った献立名の横に対応を記入してください

除：除去食を喫食

弁：代替食(弁当)を持参

× : 食べない

◆今月の給食に使用されている内容を確認した結果、以下のいずれかに〇印をしてください。下段の保護者署名に記入してください。

()今月は該当する食材はありませんでした。

() 今月の該当する食材は本紙、チェック用
献立表に記したとおりです。
特に注意が必要な内容は以下のとおり

連絡事項(特に必要があれば記入してください)
* 除去する歯立がある場合は代替食の持参も可能です

【様式7(学校→保護者→学校→校内周知)】

令和7年度1月 小学校食物アレルギーチェック用献立表

川西市教育委员会

年 組 氏名(

アレルゲン(