

(裏面の保健調査もご記入ください。)

食物アレルギーに関する調査票

年 組 氏名

保護者氏名



1 食物アレルギーの有無 (全員どちらかに○をお付けください)

有 ・ 無

2 学校給食で麺類を食べますか？(全員どちらかに○をお付けください)

はい ・ いいえ

* 学校給食では、「そば」は出ません。給食に出る麺とは、うどん・中華・やきそば麺のことです。
ただし、製造過程で、ごく微量ではありますが、完全には混入を避けることができない場合もあります。

3 食物アレルギーが「有」とお答えになった方は、下の問いにお答えください。

(1) 学校給食での対応を希望されますか。

希望する ・ 希望しない

* 学校給食で何らかの対応を希望される場合には、学校で面談を行った後、学校からお渡りする「学校生活管理指導票」を医療機関で記入していただき、提出してください。
* 提出期限については、養護教諭にご相談ください。

(2) 食物アレルギーについて詳しくお書きください。

食品名	症 状	対処法	医師の指示内容	学校での対応希望なしの場合の 自己管理について
例:小麦	アナフィラキシー を起こす	エピペン使用	指示事項を記入	自己管理できる(自分で除去できる)

〈お家の方へ〉

この調査はお子様の心身の健康について調べ、在学中の健康管理の参考にするものです。他の方に情報がもれることはありませんので、保護者の方が正確に記入してください。

該当事項がない場合は、「該当項目なし」に○をしてください。また、裏面の食物アレルギー調査もご記入ください。

1 最近の健康状態・生活習慣について次の事項であてはまるものがあれば回答欄に○を記入してください。

症状		回答欄	備考
該当項目なし			お子さまの平熱がわかれば お書きください。 °C
内科	1 頭痛を起ししやすい		
	2 腹痛を起ししやすい		
	3 急激に体重の変化があった		
	4 運動をしていないのに、心臓が急にどきどきする		
	5 軽い運動ですぐ疲れたり、息が切れたりする		
	6 急に立つとめまいをおこすことがある		
	7 気を失って倒れたことがある		
	8 ぜんそく発作でよく受診をする		
	9 アトピー性皮膚炎がある		
耳鼻科	1 中耳炎をくりかえす		
	2 聞こえが悪い		
	3 発音で気になることがある、声がかれている		
	4 よく鼻水がでたり、鼻がつまったりする		
	5 鼻血がしやすい		
	6 のどの腫れや痛みを伴う発熱が多い		
	7 普段口を開けている		
	8 よくいびきをかく		
歯科	1 歯が痛んだり、しみたりする		
	2 顎の関節が痛んだり音がしたりすることがある		
	3 かみにくい、食べにくいと思うことがある		
	4 歯並びやかみ合わせが気になる		
	5 口のおいが気になる		
	6 歯ぐきから血が出ることもある		
	7 予防処置(シーラント処置)をしている歯がある		
眼科	1 色まがいをすることがある		
	2 メガネを使用している	1. 常時使用 2. 必要時のみ使用 (あてあまる方に○)	
	3 コンタクトを使用している	1. 常時使用 2. 必要時のみ使用 (あてあまる方に○)	
アレルギー	1 食物以外のアレルギーがある		※具体的にアレルゲンをお書きください。 例(花粉・ほこり・寒冷・日光・薬など)
	2 アナフィラキシーを起こしたことがある	アレルゲン() いつ(才)	

※現在治療中の病気がある、または定期的に飲んでいる薬がある場合はご記入ください。

問7 現在アレルギー疾患の治療のために使用している薬について教えてください。

- () ある [内服薬] [吸入薬]
[外服薬] [注射薬]
() ない

質問8 学校に携帯を希望する薬はありますか

- () ある [薬剤名]
学校での保管場所 []
() ない

質問9 児童生徒自身で薬剤の管理及び使用ができますか

- () できる
() できない [具体的な配慮方法 :]

質問10 学校給食での食物アレルギーに対する対応を希望しますか。

- () 希望する
() 希望しない

質問11 どのような学校給食の対応を希望しますか。

- () 毎月、詳細な献立表を希望する
() 児童生徒が自分で除去する・・・[除去する食品]
() 弁当を持参する・・・[完全弁当・一部弁当 :]
() 除去食を希望する・・・[除去する食品]
() 代替食を希望する・・・[具体的な提供内容]
() その他・・・[]

質問12 学校生活上の注意点や配慮することはありますか。

(ア) 食物・食材を扱う授業、クラブ・委員会活動・部活動

--

(イ) 運動 (体育・部活動)

--

(ウ) 遠足・校外学習

--

(エ) 宿泊を伴う校外活動

--

(オ) 他の子どもたちに対する指導

--

(カ) 他の保護者に対する説明

--

(キ) 医療関係・消防機関への情報提供

--

(ク) アレルギーの症状が出た時の対応

--

(ケ) その他

--

面談票（教職員記入用）

年 組 番 男・女	児童生徒氏名	
(生年月日)平成 年 月 日生	保護者氏名	

	面 談 日	面 談 参 加 者
1回目	令和 年 月 日	
	管理指導表配付の有無	有 ・ 無
2回目	令和 年 月 日	
3回目	令和 年 月 日	

質問1 食物アレルギーを起こす原因食品、具体的な症状、症状が出る量、加熱による可食の有無について教えてください。

原因食品	具体的な症状	症状が出る量	加熱による可食の有無
(例)鶏卵	(例)湿疹が出る	(例)揚げ物のつなぎ程度	×

質問2 医療機関で検査・診断を受けていますか。

- () 受けた [最終受診日 年 月]
 ・ かかりつけの病院名 []
 ・ 検査・診断方法 [・ 血液検査 ・ 食物負荷試験 ・ 症状の既往]
 () 受けていない

質問3 家庭で、原因食品の除去をしていますか。

- () 医師の指示による除去 [食品名]
 () 保護者の判断による除去 [食品名]
 () 除去していない

質問4 アナフィラキシーショックの経験はありますか。

- () ある [回数 回] [原因]
 [具体的な症状]
 () ない

質問5 運動でアナフィラキシー症状を発症したことがありますか

- () ある [食品との関連: 有 ・ 無]
 () ない

質問6 エピペン®を処方されていますか。

- () 処方されている ➡ 何本処方されていますか。(本)
 どこに保管していますか。() 家庭で保管している。
 () 本人が携帯している。
 () 処方されていない () その他

問7 現在アレルギー疾患の治療のために使用している薬について教えてください。

- () ある [内服薬] [吸入薬]
[外服薬] [注射薬]
() ない

質問8 学校に携帯を希望する薬はありますか

- () ある [薬剤名]
() ない

質問9 児童生徒自身で薬剤の管理及び使用ができますか

- () できる
() できない [具体的な配慮方法 :]

質問10 学校給食での食物アレルギーに対する対応を希望しますか。

- () 希望する
() 希望しない

質問11 どのような学校給食の対応を希望しますか。

- () 毎月、詳細な献立表を希望する
() 児童生徒が自分で除去する・・・[除去する食品]
() 弁当を持参する・・・[完全弁当・一部弁当 :]
() 除去食を希望する・・・[除去する食品]
() 代替食を希望する・・・[具体的な提供内容]
() その他・・・[]

質問12 学校生活上の注意点や配慮することはありますか。

(ア) 食物・食材を扱う授業、クラブ・委員会活動・部活動

--

(イ) 運動(体育・部活動)

--

(ウ) 遠足・校外学習

--

(エ) 宿泊を伴う校外活動

--

(オ) 他の子どもたちに対する指導

--

(カ) 他の保護者に対する説明

--

(キ) 医療関係・消防機関への情報提供

--

(ク) アレルギーの症状が出た時の対応

--

(ケ) その他

--

敦賀市学校給食 食物アレルギー対応食 実施申請書（新規用）

令和 年 月 日

敦賀市立 学校長 様

保護者氏名 _____ 印

食物アレルギーによる学校給食への対応について、下記のとおり **学校生活管理指導表** を添えて申請します。

記

児童生徒氏名		年組	年	組
希望する停止内容（あてはまる内容に○を付けてください）				
給食完全停止	一部停止 牛乳 ・ パン ・ ご飯 ・ 副食			
	副食については食材名をお書きください。 { <食材名> }			
具体的な 対処法				

学校記入欄

決 裁 欄	上記申請について、対応の実施が（ 可 ・ 否 ）と認められますので、決定し、処理してよろしいか伺います。				
	校長	教頭	給食主任	養護教諭	栄養教職員

敦賀市学校給食 食物アレルギー対応食 実施申請書 (継続用)

令和 年 月 日

敦賀市立 学校長 様

保護者氏名 _____ 印

食物アレルギーによる学校給食への対応について、下記のとおり **学校生活管理指導表** を添えて申請します。 なお、診断の結果は、昨年度と変更が (ありません ・ あります)。

記

児童生徒氏名		年組	年 組
希望する停止内容 (あてはまる内容に○を付けてください)			
給食完全停止	一部停止		
	牛乳 ・ パン ・ ご飯 ・ 副食		
	副食については食材名をお書きください。 (<食材名>)		
具体的な 対処法			

学校記入欄

決 裁 欄	上記申請について、対応の実施が (可 ・ 否) と認められますので、決定し、処理してよろしいか伺います。				
	校長	教頭	給食主任	養護教諭	栄養教職員

令和 年 月 日

保護者 様

敦賀市立 学校
校長

敦賀市学校給食食物アレルギー対応食実施決定について（通知）

令和 年 月 日付で申請のあった食物アレルギーによる学校給食への対応について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

児童生徒氏名		年組	年 組
対 応 内 容			
対応開始日	令和 年 月 日		
停止内容	給食完全停止	牛乳停止・パン停止・ご飯停止・副食（ ）	
具体的な対応	----- ----- ----- ----- -----		
その他	----- ----- -----		

敦賀市学校給食 食物アレルギー対応食 解除申請書

令和 年 月 日

敦賀市立 学校長 様

年 組 氏名

医師の指導のもと、家庭でも複数回食べて症状が出ないことを確認できたため、学校給食における食物アレルギー対応を下記のとおり解除願います。

対応を解除する食物	
医療機関名および受診日	医療機関名 受診日 令和 年 月 日

保護者氏名 _____ 印

学校記入欄

決 裁 欄	上記申請について、対応の解除が（ 可 ・ 否 ）と認められますので、決定し、処理してよろしいか伺います。				
	校長	教頭	給食主任	養護教諭	栄養教職員

例

敦賀市学校給食 食物アレルギー対応食 解除申請書

令和 3 年 4 月 7 日

敦賀市立松原小学校長 様

5 年 1 組 氏名 敦賀 太郎

医師の指導のもと、家庭でも複数回食べて症状が出ないことを確認できたため、学校給食における食物アレルギー対応を下記のとおり解除願います。

対応を解除する食物	鶏卵
医療機関名および受診日	医療機関名 福井クリニック 受診日 令和 3 年 4 月 3 日

保護者氏名 敦賀 一郎



学校記入欄

決 裁 欄	上記申請について、対応の解除が（可・否）と認められますので、決定し、処理してよろしいか伺います。				
	校長	教頭	給食主任	養護教諭	栄養教職員

令和 年 月 日

保護者 様

敦賀市立 学校
校長

敦賀市学校給食食物アレルギー対応食解除決定について（通知）

令和 年 月 日付で申請のあった食物アレルギーによる学校給食への対応について、下記のとおり解除することを決定しましたので通知します。

記

児童生徒氏名		年組	年 組
対 応 内 容			
解 除 日	令和 年 月 日		
解 除 内 容	給食停止解除	牛乳停止解除・パン停止解除・ご飯停止解除 副食停止解除（ ）	
具体的な対応	----- ----- ----- ----- -----		
そ の 他	----- ----- -----		

食物アレルギー対応におけるヒヤリハット報告書

アレルギー事故防止の徹底を図るため、学校及び共同調理場は、学校の管理下における食物アレルギー（疑い含む）のヒヤリハット事例や発症事例、及び緊急性が高いアレルギー症状（アナフィラキシー）の発症事例について、詳細と改善策を教育委員会へ報告すること。教育委員会で集約した事例は、学校へフィードバックし、改善策とともに情報を共有することで事故防止の徹底に努める。なお、内容については管理職に確認のうえ提出すること。

※救急搬送の有無に関わらず食物アレルギーを有する者が、原因物質を摂取した場合や触れた場合は事故として報告すること。

発 症 日 時	令和 年 月 日（ 曜日） 時 分頃				
学 校 名	学校				
	電話番号				
該 当 者	学 年	氏名（救急搬送者のみ記入）	性 別	年 齢	管理指導表
				歳	有 ・ 無
アレルギー既往 について	既往歴（アレルギー発症歴）			その他有するアレルギー（例：喘息）	
	有（ 年 月 対応： ）・無				
診 断 名					
原 因 食 物					
概 要	発 生 時 の 状 況	（発生場所、時間等含み詳細を報告）			
	対 応 ・ 処 置				
	保 護 者 対 応 等				
考えられる原因 （複数回答可）	①原材料間違い	②業者の納品間違い	③調理中の間違い		
	④給食室からの受渡し間違い	⑤教室での間違い	⑥おかわりにまつわる誤食		
	⑦教職員の対応ミス	⑧本人の食材確認不足	⑨本人のアレルギーに対する軽視		
	⑩情報の転記間違い	⑪保護者のチェックミス	⑫運動誘発		
	⑬初発（既往歴なし）	⑭その他（ ）			
再 発 防 止 に 向 け た 対 策 ・ 改 善 点					
そ の 他					

報 告 日	令和 年 月 日			
報 告 者	職 名			
	氏 名			

【報告を要するヒヤリハットの内容】

- ①児童生徒の健康被害が生じる恐れがあった場合
- ②類似事例が多く発生することが考えられる場合
- ③事故防止対策のためになると考えられ、
他校と共有すべき場合

アナフィラキシー緊急時対応経過記録票

児童生徒氏名 _____ 生年月日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日(____ 歳)

1. 誤食日時	令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日(____) 時 ____ 分						
2. 食べた物							
3. 食べた量							
4. 処置	(処置) ・口の中のものを取り除く ・うがいをする ・手を洗う ・触れた部位を洗い流す						
	(内服など) 薬の使用(内容 _____)				時 ____ 分		
	(注射) エピペンの使用 _____ あり _____ なし				時 ____ 分		
5. 症状 および 出現時刻 (経過)	皮膚	①部分的なじんましん あかみ かゆみ	:	全身	⑩普段よりやや元気がない	:	
		②広範囲のじんましん あかみ 強いかゆみ	:		⑪明らかに元気がない 立ってられない	:	
	粘膜	③軽い唇やまぶたの腫れ	:		⑫横になりたがる、ぐったり	:	
		④明らかな唇やまぶた 顔全体の腫れ	:		⑬血圧低下 意識レベル低下～消失 失禁	:	
		⑤飲み込みづらさ	:			⑭軽い腹痛 単発の嘔吐	:
		⑥声がれ、声が出ない のどが締め付けられる	:		⑮明らかな腹痛 複数回の嘔吐・下痢		:
		呼吸器	⑦鼻汁、鼻閉、単発の咳			:	⑯強い腹痛 繰り返す嘔吐や下痢
			⑧時々繰り返す咳		:	救急車要請時刻 _____ :	
	⑨強い咳き込み、声がれ (ゼーゼー、ヒューヒュー) 呼吸困難		:				
	6. 記録者名						
	7. 医療機関	医療機関名	主治医		電話番号	備考欄	

令和 年 月 日

敦賀美方消防組合
敦賀消防署長 様

敦賀市立 学校
校長 ⑩

アドレナリン自己注射薬 学校対応児童生徒報告

今年度、本校児童(生徒)について、**食物アレルギーがあり、アナフィラキシー対応のためエピペンを学校管理するよう依頼**がありましたのでお知らせいたします。
救急搬送の際は、お世話になりますがよろしくお願ひいたします。

学校名	敦賀市立 学校	学校住所	敦賀市
		電話	
		FAX	

該当児童名	ふりがな	学年	組	性別		
児童現住所		生年月日	平成 年 月 日			
保護者氏名	ふりがな	緊急時 連絡先	① ()			
			② ()			
アレルギー 食品		エピペンの 保管	園内			
			登下校時			
かかりつけ 医師・医療機関		給食対応 (該当に○)	詳細な 献立表	弁当持参	除去食	代替食
既往症		発症時 対応				

<記入例>

令和 年 月 日

敦賀美方消防組合
敦賀消防署長 様

敦賀市立 学校
校長 印

アドレナリン自己注射薬 学校対応児童生徒報告

今年度、本校児童(生徒)について、食物アレルギーがあり、アナフィラキシー対応のためエピペンを学校管理するよう依頼がありましたのでお知らせいたします。
救急搬送の際は、お世話になります但よろしくお願ひいたします。

学校名	敦賀市立 学校	学校住所	敦賀市
		電話	
		FAX	

該当児童名	ふりがな	〇〇〇〇 〇〇〇〇〇	学年	組	性別	
		〇〇 〇〇				
児童現住所	敦賀市××××…………	生年月日	平成 △ 年 △ 月 △ 日			
保護者氏名	ふりがな	〇〇〇〇 〇〇〇〇	緊急時連絡先	① (母携帯) ■■■-■■■■-■■■■		
		〇〇 〇〇		② (自宅) ■■-■■■■		
アレルギー食品	卵、牛乳、カニ、…	エピペンの保管	学校内	職員室		
			登下校時	ランドセル内		
かかりつけ医師・医療機関	□□□クリニック (〇〇医師)	給食対応 (該当に○)	詳細な献立表	弁当持参	除去食	代替食
			○	○		
既往症	▼▼▼、◆◆◆	発症時対応	●食後痛みや発疹があるとき ベリアクチン 1包服用 ●咳き込み・喘息様症状が みられるとき 至急エピペンを打つ			

アレルギー対応食チェック表 (調理員用)

年 組 番
氏名

校長	教頭	養護教諭	栄養教諭等	給食主任

月	日	曜日	献立名	アレルギー:		調 理 員				備 考
				アレルギー対応食 対応方法	誤調理 確認1	誤調理 確認2	盛りつけ	教室 ワゴン		

- 【備考】
- ・各校において、アレルギー対応で使用している様式を使用してもよい。
 - ・調理室におけるアレルギー対応を実施した日に、印やサインを記入する。
 - ・調理員の欄は、人数によって内容を変更してもよい。
 - ・月末に決裁を仰ぐ。

アレルギー対応食チェック表 (調理員用) <記入例>

1 年 1 組 9 番
氏名 (例) 敦賀 太郎

校長	教頭	養護教諭	栄養教諭等	給食主任

月	日	曜日	献立名	アレルギー : 乳、卵、ごま				調理員				備考
				アレルギー対応食 対応方法	誤調理 確認1	誤調理 確認2	盛りつけ	教室 ワゴン				
4	16	月	オムレツ	ポイルウインナーに代替	印orサイン	印orサイン	印orサイン	印orサイン				
	16	月	お祝いデザート	みかんゼリーに代替	印orサイン	印orサイン	印orサイン	印orサイン				
	19	木	野菜のごまドレッシングあえ	ごまを除去	印orサイン ×							管理職の指示により提供を中止。 主菜のカレーを多めに食べるよう教室に連絡。

- 【備考】
- ・各校において、アレルギー対応で使用している様式を使用してもよい。
 - ・調理室におけるアレルギー対応を実施した日に、印やサインを記入する。
 - ・調理員の欄は、人数によって内容を変更してもよい。
 - ・月末に決裁を仰ぐ。

アレルギー対応食チェック表 (教室用)

年 組 番
氏名

校長	教頭	養護教諭	栄養教諭等	給食主任

月	日	曜日	献立名	アレルギー:	調理員 (配膳員)	担任	本人	給食主任	備考
				アレルギー対応食 対応方法					

- 【備考】
- ・各校において、アレルギー対応で使用している様式を使用してもよい。
 - ・調理室におけるアレルギー対応を実施した日に、印やサインを記入する。
 - ・月末に決裁を仰ぐ。

アレルギー対応食チェック表 (教室用) <記入例>

1年 1組 10番 氏名 敦賀 太郎

校長	教頭	養護教諭	栄養教諭等	給食主任

月	日	曜日	メニュー	アレルギー:乳、卵、ごま アレルギー対応食 対応方法	調理員	担任	本人	給食主任	備考
					(配膳員)				
4	16	月	オムレツ	ポイルウインナーに代替	印orサイン	印orサイン	印orサイン	印orサイン	ポイルウインナー 2本のうち1本残した
	16	月	お祝いデザート	みかんゼリーに代替					
	19	木	野菜のごまドレッシングあえ	ごまを入れてしまったため、 除去食なしのため、カレーライス を多めに食べる。	印orサイン	印orサイン	印orサイン	印orサイン	

- 【備考】
- ・各校において、アレルギー対応で使用している様式を使用してもよい。
 - ・調理室におけるアレルギー対応を実施した日に、印やサインを記入する。
 - ・月末に決裁を仰ぐ。

表 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

名前 _____ (男・女) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 年 _____ 組

提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※この生活管理指導表は、学校の生活において特別な配慮や管理が必要となった場合に医師が作成するものです。

		病型・治療	学校生活上の留意点	★保護者	
アナフィラキシー (あり・なし)	食物アレルギー (あり・なし)	A 食物アレルギー病型（食物アレルギーありの場合のみ記載） 1. 即時型 2. 口腔アレルギー症候群 3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー	A 給食 1. 管理不要 2. 管理必要 <hr/> B 食物・食材を扱う授業・活動 1. 管理不要 2. 管理必要	【緊急時連絡先】	電話： _____
		B アナフィラキシー病型（アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載） 1. 食物（原因） 2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 3. 運動誘発アナフィラキシー 4. 昆虫（ ） 5. 医薬品（ ） 6. その他（ ）	C 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 管理必要 <hr/> D 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 <hr/> E 原因食物を除去する場合により厳しい除去が必要なもの ※本欄に○がついた場合、該当する食品を使用した料理については、給食対応が困難となる場合があります。 鶏卵：卵殻カルシウム 牛乳：乳糖・乳清焼成カルシウム 小麦：醤油・酢・味噌 大豆：大豆油・醤油・味噌 ゴマ：ゴマ油 魚類：かつおだし・いりこだし・魚醤 肉類：エキス		★連絡医療機関 医療機関名： _____ 電話： _____
		C 原因食物・除去根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に除去根拠を記載 1. 鶏卵 《 》 2. 牛乳・乳製品 《 》 3. 小麦 《 》 4. ソバ 《 》 5. ピーナッツ 《 》 6. 甲殻類 《 》（すべて・エビ・カニ） 7. 木の実類 《 》（すべて・クルミ・カシュー・アーモンド） 8. 果物類 《 》 9. 魚類 《 》 10. 肉類 《 》 11. その他1 《 》 12. その他2 《 》	F その他の配慮・管理事項(自由記述) _____	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____	
		D 緊急時に備えた処方薬 1. 内服薬（抗ヒスタミン薬、ステロイド薬） 2. アドレナリン自己注射薬（「エピペン®」） 3. その他（ ）			
気管支ぜん息 (あり・なし)	(公財) 日本学校保健会作成	病型・治療 A 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良	A 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 管理必要 <hr/> B 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動 1. 管理不要 2. 管理必要 <hr/> C 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 <hr/> D その他の配慮・管理事項(自由記述) _____	【緊急時連絡先】	電話： _____
		B-1 長期管理薬（吸入） 1. ステロイド吸入薬 () () 2. ステロイド吸入薬／長時間作用性吸入ベータ刺激薬配合剤 () () 3. その他 () ()	B-2 長期管理薬（内服） 1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 () 2. その他 ()		★連絡医療機関 医療機関名： _____ 電話： _____
		B-3 長期管理薬（注射） 1. 生物学的製剤 ()	C 発作時の対応 1. ベータ刺激薬吸入 () () 2. ベータ刺激薬内服 () ()	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____	

