

食物アレルギー個人調査票

表

年度									
学校(園)名									
学年	小1	2	3	4	5	6	中1	2	3
組									
(ふりがな) 児童生徒等氏名					生 年 月 日		平成 年 月 日		
保護者氏名					電 話 番 号				
					緊急連絡先				
保護者住所	〒								
主治医	病院名() 主治医名() Tel()								
原因食品 ※7品目以外も記入 してください						①食品除去は(医師 ・ 保護者)の 判断で 行っている ②食物によるアナフィラキシーを起こしたことが (ある 年 月 ・ ない)			
症 状 (経年経過で)	(年 月)								
病院・家庭での 処置や対応 (経年経過で)	(年 月)								
服 薬	(年 月)					(年 月)			
	薬名()					薬名()			
	飲み方()					飲み方()			
エピペンの所持	有 ・ 無 (保管場所)								
調理実習・ 宿泊学習での 配慮希望	(年 月)					(年 月)			
緊急時の対応	1 母 (Tel) 父 (Tel) 又は()へ連絡 2 () 病院の() 医師 (Tel)へ連絡 3 その他() *もし10分以内に反応が治まらない場合には、 <u>すぐに救急車を呼び、救急医療機関に搬送</u>								

【学校給食における対応決定事項】

	決定（ 年 月 日）	変更（ 年 月 日）	変更（ 年 月 日）
除去食又は 代替食提供	(対象食品)		
給食停止等	弁当持参		
その他			

【学校での様子】 ～学校でアレルギー発症した場合などの記録

	年 月 日	年 月 日	年 月 日
症 状			
処置経過			
その他			

【その他特記事項等】

	特記事項等
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	