様式２

食物アレルギー個人調査票　　表

年度										
学校(園)名										
学年	幼稚園	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 令和　　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(　　)℡(　　)		
原因食品 ※8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（℡　　）父（℡　　）又は(　　)へ連絡 2 (　　)病院の(　　)医師（℡　　)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、 **すぐに救急車を呼び、救急医療機関に搬送**

学校（園）記入欄

㊦

【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（園）での様子】 ～学校（園）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	