

保健カード 取り扱い注意 表

※この保健カードを緊急時に医療機関及び救急隊員に提示することに同意できますか？ (○を付けてください) →				同意できる ・ 同意できない	
年組番	児童名 <small>(ふりがな)</small>	性別 男・女	生年月日 年 月 日生		
保護者	住所 〒583-() 羽曳野市	氏名 <small>(ふりがな)</small>	電話		
	緊急連絡先 (優先順位)		電話番号		
緊急連絡先 (優先順位)		名前(続柄)	連絡先(自宅等)	電話番号	
本校に在学する兄弟・姉妹		年組	年組		
よく診てもらう 病院名		内科	(TEL)		
		外科	(TEL)		
		整形外科	(TEL)		
		歯科	(TEL)		
		眼科	(TEL)		
		耳鼻咽喉科	(TEL)		

※緊急の場合や時間外、または症状により他の病院で受診することがあります。

①アレルギー疾患・症状についてご記入ください。

アレルギー疾患・症状の有無 (あり・なし)			
アレルギー症状を起す食物名	アレルギー疾患の既往歴		
	ぜんそく	才~	才
アレルギー症状を起す薬品・注射名	アトピー性皮膚炎	才~	才
	その他		
その他アレルギー症状を起すもの	裏面も記入してください		

学校生活で運動・食事など配慮が必要な場合は、「学校生活管理指導表」の提出をお願いします。

※学校生活管理指導表(学校生活において配慮すべきことなどを主治医に記入していただく書類)の用紙が必要な方はご連絡ください。

食物アレルギーカード 年度入学 表

※食物アレルギーのある方のみご記入ください。

氏名 _____ 男・女 平成 年 月 日生

保護者氏名 _____

学年	1	2	3	4	5	6
組(学校で記入)						
年度の終わりに翌年度の内容全体の確認印	印	印	印	印	印	印
食物アレルギーによる牛乳停止の希望	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
詳細献立表・原料配合表配布の希望	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
配布を希望しない場合の理由(下記の番号で)						

詳細献立表・原料配合表の配布を希望しない場合の理由

- ①給食は食べず、お弁当を持ってくるから
- ②通常の献立表で対応できるから
- ③現在は状態が良くなり、必要なくなったから
- ④その他()

I お子様の食物アレルギーについて詳しくご記入ください。

A 原因食物 ○をつけてください。						
1.鶏卵	2.牛乳・乳製品	3.小麦	4.ソバ	5.ピーナッツ	6.大豆	
7.種実類・木の実類	8.甲殻類(エビ・カニ・その他)					
9.魚類()	10.肉類()	11.その他()				

※年度途中で記入事項に変更があるときは、担任までご連絡ください。

この食物アレルギーカードの内容(表面)は給食センターと情報共有します。

※裏面に続く

裏

氏名

②既往症について発症年齢、完治した年齢をお書きください。

感 染 症		そ の 他 の 疾 病	
はしか	才	心臓病 ()	才 ~ 才
風疹	才	腎臓病 ()	才 ~ 才
おたふくかぜ	才	てんかん	才 ~ 才
水ぼうそう	才	熱性けいれん	才 ~ 才
その他		その他	

予防接種歴(接種済みには○をつけてください)

ポリオ・BCG・麻疹(Ⅰ期・Ⅱ期)・風疹(Ⅰ期・Ⅱ期)・麻疹風疹混合(MR)
 三種混合(百日咳・ジフテリア・破傷風) 四種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)
 ジフテリア破傷風混合(DT)

③健康面で学校に知らせておきたい事項をご記入ください。

(特に定期的に検査を受けていることや、学校生活で配慮が必要なことなど)

内科的なこと	例えば、よくじんましんがでる、喘息で薬を服用しているなど
眼科的なこと	例えば、右目が弱視、手術済みなど
耳鼻科的なこと	例えば、中耳炎治療で鼓膜に穴があり、水泳は禁止など
その他、学校へ知らせておきたいこと	例えば、5歳の時、後頭部打撲で入院、現在年1回検査中など

※このカードは、お子様に緊急事態が発生した時、一刻も早く処置できる

様に学校に常備しておくものです。詳しく丁寧に記入ください。

※緊急連絡先を変更された場合は、その都度学校へ連絡してください。

※このカードは、一年間使用した後、学校で処分します。

裏

※食物アレルギーのある方のみご記入ください。

B アナフィラキシーの既往 (あり・なし)
 ※アナフィラキシー…アレルギー反応が複数臓器に出ること
 (例: 発疹と呼吸困難)

C 食物アレルギーの病型は下のうちどれですか?
 1.即時型(食後2時間以内に症状が現れる)
 2.口腔アレルギー症候群
 (唇・口の中の粘膜・のど・鼻・目等に症状が現れる)
 3.食物依存性運動誘発アナフィラキシー
 (食後激しい運動をしたとき、じんましん、呼吸困難、意識障害等が現れる)

II 緊急時に備えた処方薬があればご記入ください。

薬品名	保管場所
1.内服薬 ()	
2.アドレナリン自己注射薬(「エピペン®」)	
3.その他 ()	

III 配慮事項があればご記入ください。

(給食・食物を扱う授業・運動・宿泊を伴う活動時など)

連絡先医療機関名

医療機関電話番号 () -