

## 保護者記入欄

## 食物アレルギー個人調査票

年度	令和 年	令和 年	令和 年	令和 年	令和 年	令和 年	
学年	1年	2年	3年	4年	5年	6年	
学級	組	組	組	組	組	組	
(ふりがな) 児童生徒氏名	( )		性別	男・女	生年月日	平成 年 月 日生	
保護者氏名			電話番号			FAX 番号	
			緊急連絡先				
保護者住所	〒						
主治医	病院名 ( ) 主治医名 ( )					変更 ( 年 月)	
	電話番号 ( ) カルテ番号 ( )						
診断書 食事指示書等	有・無	①	年 月	②	年 月	③	年 月
検査等	有・無	①	年 月	②	年 月	③	年 月
除去食品						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	<もっとも特徴的な症状>						
	( 年 月)						
○特徴的な症状があれば書いてください。 ○改善するなど変化があった場合には、経年経過等を追記してください。							
病院・家庭での 処置や対応 (経年経過等追記してください。)	( 年 月)						

## 服薬

服薬	(      年 月 )	(      年 月 )
	薬名 (                      )	薬名 (                      )
	飲み方 (                      )	飲み方 (                      )
	エピペンの使用を医師から処方されていますか？ (    はい                      いいえ    )	
	(      年 月 )	(      年 月 )
	薬名 (                      )	薬名 (                      )
	飲み方 (                      )	飲み方 (                      )
	エピペンの使用を医師から処方されていますか？ (    はい                      いいえ    )	
調理実習, 宿泊学習 等での配慮希望	(      年 月 )	

## 学校記入欄

### <学校給食における対応決定事項>

	決定 (      年 月 日 )	変更 (      年 月 日 )
給食停止等	弁当持参・牛乳停止	弁当持参・牛乳停止
その他		

### <学校での様子> ※学校で発症した場合などを記録

	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
症状				
処置 経過				

### ・特記事項等

\* 要記入年月日


\* 保護者記入欄で間に合わない場合や緊急時の対応について変更があった場合には、特記事項の欄にご記入ください。

## 緊急時の対応

緊急時の対応	<b>A</b> 弱い反応の場合	1 母 (Tel                      ), 父 (Tel                      ), 又は (                      ) へ連絡 2 (                      ) 病院の (                      ) 医師 (Tel                      ) へ連絡 *もし、10分以内に反応が治まらない場合には、「B強い反応の場合」の対応に移行する。
	<b>B</b> ひどい腫れや呼吸困難などの強い反応の場合	1 <u>すぐに救急車を呼び、救急医療機関に運ぶ</u> (                      ) 2 母 (Tel                      ), 父 (Tel                      ), 又は (                      ) へ連絡 3 (                      ) 病院の (                      ) 医師 (Tel                      ) へ連絡 4 その他 (                      )