

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
食物アレルギー等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()

※食物アレルギー等、医療機関で飲用牛乳等の除去が必要と診断を受けた児童に限ります。

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)は教育委員会と情報共有します。

※裏面に続く



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 () —