

食物アレルギー等個人調査票 (秘)

保護者記入欄

年度						
学年	小学校 1 年生	小学校 2 年生	小学校 3 年生	小学校 4 年生	小学校 5 年生	小学校 6 年生
学級	年 組	年 組	年 組	年 組	年 組	年 組

年度			
学年	中学校 1 年生	中学校 2 年生	中学校 3 年生
学級	年 組	年 組	年 組

(ふりがな) 児童生徒氏名			男・女	生年月日	平成 年 月 日生						
保護者氏名			電話番号								
			緊急連絡先 1 (電話番号)								
住 所			緊急連絡先 2 (電話番号)								
かかりつけの 医療機関名 医師名	医療機関名				電話番号						
	医師名										
治療を受け始めた時期	平成・令和 年 月 日から										
食物アレルギー等給食 対応申請書 生活管理指導表	提出年月日	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
原因食品	1			2							
症状 (改善するなど変化があった場合には経年経過を追記する)	(年月)			(年月)							
食物アレルギーによるアナフィラキシー	起こしたことがある (ある 年月・ない)			起こしたことがある (ある 年月・ない)							
病院・家庭での処置や対応 (経年経過を追記する)	(年月)			(年月)							
治療薬の使用	治療薬	<input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 吸入薬 <input type="checkbox"/> 外用薬 <input type="checkbox"/> 注射薬 <input type="checkbox"/> その他 ()									
	学校での携帯・管理・使用の希望	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬剤名:)			<input type="checkbox"/> 自身で管理・使用を希望 <input type="checkbox"/> 管理・使用について 学校と相談希望						
運動、調理実習、宿泊研修学習等での配慮希望											

緊急時の対応	A 弱い反応の場合	1 (続柄 TEL)、(続柄 TEL)へ連絡する。 2 ()病院の()医師へ連絡する。 ※もし、10分以内に反応が納まらない場合には、「B」の対応に移行する。
	B ひどい腫れや呼吸困難などの強い反応の場合	1 すぐに救急車を呼び、救急医療機関に運ぶ 2 (続柄 TEL)、(続柄 TEL)へ連絡する。 3 ()病院の()医師へ連絡する。 4 その他

※本票は、封筒に入れて学校に提出してください。