

食物アレルギー個人調査票

(表)

年度											
学校(園)名											
学年	小1	2	3	4	5	6	中1	2	3		
組											
(ふりがな) 児童生徒等氏名					性別	男・女	生年月日	平成	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() TEL()										
原因食品 ※7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 (TEL) 父 (TEL) 又は()へ連絡										
	2 ()病院の()医師 (TEL)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 牛乳停止 パン停止		
その他			

【学校での様子】 ～学校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	