

三原市立	学校(園)	年	組	児童等氏名
(生年月日 年 月 日)				

**【食物アレルギー・アナフィラキシー用】**

1 管理指導表に「アナフィラキシー」ありの場合は、記入してください。

※アナフィラキシーとは、以下の症状が複数同時にかつ急激に強く出現した状態をいいます。

じんましんなどの皮膚症状、腹痛や嘔吐などの消化器症状、咳・ゼーゼー・呼吸困難などの呼吸症状

年齢	原因物質	症状 (直近のものから記入)	ショック
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無

2 処方薬の内容と保管場所(管理指導表に記載されている処方薬について記入してください)

内服薬： ( ) 軟膏： ( )
保管場所 <input type="checkbox"/> 本人保管 ( ) <input type="checkbox"/> 学校(園)保管希望
エピペン®： 保管場所 <input type="checkbox"/> 本人保管 ( ) <input type="checkbox"/> 学校(園)保管希望
使用上の注意 (服薬時期等)

3 原因食品と摂取後の具体的な症状・対応手順

因食品	症状	対応手順等	最終既往年月等
例<卵>	口の中がかゆくなる⇒治まらない⇒強くなる	口をすすぐ⇒A薬を飲む⇒B薬を塗る	〇年〇月 (〇歳頃)

4 経口免疫療法(減感作療法)  している (食品名 )  していない

5 家庭における対応の程度(食事・外食・おやつについて注意していることなど)

--

※裏も記入ください。

6 学校(園)生活上の留意点

A 給食				
食物アレルギー配慮	<input type="checkbox"/>	希望する	<input type="checkbox"/>	希望しない
毎月の献立表の配布	<input type="checkbox"/>	希望する	<input type="checkbox"/>	希望しない
B 食物・食材を扱う授業・活動				
<input type="checkbox"/>	希望する	( 対応内容 )	<input type="checkbox"/>	希望しない
C 運動(体育・部活動等)				
<input type="checkbox"/>	希望する	( 対応内容 )	<input type="checkbox"/>	希望しない
D 宿泊を伴う郊外活動				
<input type="checkbox"/>	希望する	( 対応内容 )	<input type="checkbox"/>	希望しない
E 原因食物を除去する場合により厳しい除去が必要なもの				
<input type="checkbox"/>	希望する	( 対応内容 )	<input type="checkbox"/>	希望しない
F その他の配慮・管理事項				

【食物アレルギー以外】気管支ぜん息・アトピー性皮膚炎・アレルギー性結膜炎・アレルギー性鼻炎

1 原因物質

--

2 発症時の症状

--

3 緊急時の対応

--

4 処方薬の内容と保管場所(管理指導表に記載されている処方薬について記入してください)

内服薬： ( )	軟膏： ( )
吸入薬： ( )	
保管場所 <input type="checkbox"/> 本人保管 ( )	<input type="checkbox"/> 学校(園)保管希望
使用上の注意(服薬時期等)	

5 学校(園)生活上の留意点

--

※ 緊急時の連絡先(必ず記入ください)

緊急時連絡先	氏名	本人との関係	電話番号

医療機関	医療機関名	医師名	医療機関住所	電話番号
かかりつけ医				
緊急時				