様式第1号（第4条関係）

食物アレルギー調査票（保護者記入）　　　作成日　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な  児童生徒名 | （男・女） | | 保護者名 |  |
| 学校･学年･組  (生年月日) | 学校　　　年　　　　組  （　　　　　年　　　月　　　日生） | | 担　任 |  |
| 住　　所 | （電話） | | | |
| 緊急連絡先 | （電話） | | | |
| （電話） | | | |
| かかりつけ  病院･主治医 | （電話） | | | |
| 緊急時搬送先 |  | | |
| 原因食品 |  | | | |
| 薬の服用等 | * 毎日飲んでいる　□ 飲んでいない　□ その他（　　　　　　　　　　　　） | | | |
| エピペンの所持　　　□　あり　　　□なし | | | |
| 症状 |  | | | |
| アレルギー症状発症時の対応 |  | | | |
| (※)アナフィラキシー症状の既往 | □　あり　　　　　　□　なし  「あり」の場合   1. 原因（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） 2. 発生年月　　　　　　　　　年　　　月　　（　　　　歳） 3. 症状   ※アナフィラキシー発症時は、必ず救急車を要請します。 | | | |
| 配慮すべき必要事項 |  | | | |

※アナフィラキシー症状：呼吸困難・激しい動悸・意識不明など