

氏 名	性別	生年月日
	男・女	平成 年 月 日 ( 歳)

◆食物アレルギーの病型

（医師からの「様式2：学校生活管理指導表」より）該当するものに○をつけてください。

即時型	口腔アレルギー症候群	食物依存性運動誘発アナフィラキシー

◆アナフィラキシー病型

（医師からの「様式2：学校生活管理指導表」より）該当するものに○をつけてください。

原因食物	食物依存性運動誘発アナフィラキシー	運動誘発アナフィラキシー
鶏卵・乳・小麦 そば・木の実・ピーナツ・ その他（ ）	原因食物 〔 〕	
昆虫	医薬品	その他
種類 〔 〕	原因薬品 〔 〕	

確認日	保護者印	担任印	校長印

項 目	チェック欄	具体的な配慮と対応
学校における配慮	給 食	
	食物・食材を扱う活動・授業	
	運 動	
	宿泊を伴う活動	
	持参薬	
	エピペン®の保管	

緊急時の対応について
注意すべき症状
緊急時の対応：上記の症状が出た場合 □主治医へ連絡する □救急車をすぐに呼ぶ □その他（ ）
消防機関への情報登録 → 有 ・ 無
緊急時に搬送できる医療機関 → 有 ・ 無 有の場合 医療機関名： 主治医名： 連絡先：
保護者の緊急連絡先 ① ② ③

※ 変更がない場合は、押印して提出してください。上記の内容に変更がある場合はお知らせください。