

学校名

年 組 氏名

(男・女) 平成 年 月 日生(歳)

アナフィラキシーを起こしたことは、ありますか？(あり・なし)

アドレナリン自己注射薬(「エピペン[®]」)は持っていますか？(あり・なし)

病型・治療	学校生活上の留意点
A. 食物アレルギーの病型 1. 即時型(原因食物を食べて2時間以内に症状が出る) 2. 口腔アレルギー症候群(食後5分以内に口の中に症状が出る) 3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー(原因となる食物を食べて2時間以内にある程度の運動をすることによりアナフィラキシー症状を起こす)	1. 給食の対応 ① 管理不要 ② 保護者と相談し決定
B. アナフィラキシー病型(アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載) 1. 食物(原因) 2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 3. 運動誘発アナフィラキシー 4. 昆虫 5. 医薬品 6. その他()	2. 食物・食材を扱う授業・活動 ① 配慮不要 ② 保護者と相談し決定
C. 原因食物・診断根拠 該当する食品の番号に○をつけ、<>内に診断根拠を記載 1. 鶏卵 <>> 2. 牛乳・乳製品 <>> 3. 小麦 <>> 4. そば <>> 5. ピーナッツ <>> 6. 種実類、木の実類 <>>() 7. 甲殻類(エビ、カニ) <>>() 8. 果物類 <>>() 9. 魚類 <>>() 10. 肉類 <>>() 11. その他1 <>>() 12. その他2 <>>()	3. 運動(体育・部活動等) ① 管理不要 ② 保護者と相談し決定
D. 緊急時に備えた処方薬 1. 内服薬(抗ヒスタミン薬・ステロイド薬) 2. アドレナリン自己注射薬(「エピペン [®] 」) 3. その他()	4. 宿泊を伴う校外活動 ① 配慮不要 ② 食事やイベントの際に配慮が必要
◎喘息はありますか？ (はい・いいえ)	
【医療機関名】	
【医師名】	
印	
【記載日】	【保護者名】
年 月 日	印
【保護者】 ① TEL ② TEL	TEL
【医療機関名】	TEL

緊急時連絡先

※学校における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を全職員共有させていただきます。
 ※緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を医療機関等へ情報提供させていただきます。
 ※保護者の押印を必ずお願いします。