

(様式3)

食物アレルギー個別記録表

保護者との面談日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 面談者 _____

学校・学年 _____ 学校 _____ 年 _____ 組

氏名 _____ 性別 (男 ・ 女)

生年月日 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

1 食物アレルギーの原因物質と具体的な症状

	チェック欄	原因となる食物	食べた(接触した)時の症状	家庭でしている対応等
食物アレルギー症状	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
アナフィラキシーの既往症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
接触による症状	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
その他注意事項等	運動との関係 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (ありの場合、何を食べた時、食べてどのくらいの時間が経過していたか、どんな運動の時か等について記載する)			

(様式3)

食物アレルギー個別記録表

2 食物アレルギーが発生した時の対応方法

注意すべき症状	左記の注意すべき症状が出た場合 <input type="checkbox"/> 主治医へ連絡する <input type="checkbox"/> 救急車をすぐ呼ぶ <input type="checkbox"/> その他 ()
保護者の緊急連絡先 ① 氏名 _____ 続柄 _____ (TEL _____ - _____) ② 氏名 _____ 続柄 _____ (TEL _____ - _____)	緊急時に搬送できる医療機関 ⇒ 有 ・ 無 有の場合 病院名: 主治医名: 連絡先:

3 学校生活において配慮すべき事項

	具体的な配慮・対応等	備考
給食時		
食物・食材を扱う活動・授業		
宿泊等を伴う活動		
その他		

4 「エピペン®」の有無

有 ・ 無
