

名前

男・女 平成 年 月 日生 (歳)

学校 年 組 提出日 平成 年 月 日

食物アレルギー (あり・なし) アナフィラキシー (あり・なし)

病型・治療

A. 食物アレルギー病型 (食物アレルギーありの場合のみ記載)

- 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

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)

- 食物 (原因)
- 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
- 昆虫
- 医薬品
- その他 ()

C. 原因食物・診断根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ〈 〉内に診断根拠を記載

- 鶏卵 〈 〉
- 牛乳・乳製品 〈 〉
- 小麦 〈 〉
- ソバ 〈 〉
- ピーナッツ 〈 〉
- 種実類・木の実類 〈 〉 ()
- 甲殻類(エビ・カニ) 〈 〉
- 果物類 〈 〉 ()
- 魚類 〈 〉 ()
- 肉類 〈 〉 ()
- その他1 〈 〉 ()
- その他2 〈 〉 ()

[診断根拠]該当するもの全てを()内に記載

- ①明らかな症状の既往
- ②食物負荷試験陽性
- ③IgE抗体等検査結果陽性
- ④食べたことがない

D. 緊急時に備えた処方薬

- 内服薬: 抗ヒスタミン薬 (商品名)
- 内服薬: ステロイド薬 (商品名)
- 内服薬: 気管支拡張薬 (商品名)
- 吸入薬: 気管支拡張薬 (商品名)
- アドレナリン自己注射薬 (商品名 エピペン)
- その他 (商品名)

アナフィラキシー時は緊急時連絡医療機関への連絡よりも、
エピペン®投与や救急車要請を優先してください。

学校生活上の留意点

A. 給食

- 管理不要
- 保護者と相談し決定

B. 食物・食材を扱う授業・活動

- 配慮不要
- 保護者と相談し決定

C. 運動 (体育・部活動等)

- 管理不要
- 保護者と相談し決定

D. 宿泊を伴う校外活動

- 配慮不要
- 食事やイベントの際に配慮が必要

E. その他の配慮・管理事項 (自由記載)

【緊急時連絡先】

★保護者
電話: _____

★連絡医療機関
医療機関名: _____
電話: _____

記載日 _____ 年 月 日

医師名 _____ (印)

医療機関名 _____

確認日	医師名	捺印
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		

●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教職員全員で共有することに同意しますか。

- 同意する
- 同意しない

保護者署名: _____