



食物アレルギー対応個人票

年 度						
学 年						
学級(担任)						

(ふりがな) 児童生徒氏名		性別	男 ・ 女
【緊急時連絡先】	① (自宅・職場・携帯)	TEL	()
	② (自宅・職場・携帯)	TEL	()
	③ (自宅・職場・携帯)	TEL	()

主治医	病院名： 主治医名： 電話番号：					
生活管理指導表記入日	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月

緊急時指定病院	病院名： 電話番号：	診察券 No.
---------	---------------	---------

除去食品		※エピペンの処方 (ある ・ ない) ↓ <input type="checkbox"/> 処方されている数 () 本 <input type="checkbox"/> 保管場所・家庭 ・本人携帯 ・学校常時 () ・その他 ()	※食物によるアナフィラキシーをおこしたこと (ある ・ ない) ↓ <input type="checkbox"/> 回数 () 回 <input type="checkbox"/> 原因 () <input type="checkbox"/> 症状 ()
服薬等	[常 時] [緊急時]		

家庭での対応	【 年 月 日 】(記入者名：) [症状発症時の対応]
--------	-------------------------------------

学校での対応	【 年 月 日 】(記入者名：)
--------	-------------------

対 応 の 経 過

	年 月 日 (記入者名 :)	年 月 日 (記入者名 :)
症状 ・ 家庭での対応		
	年 月 日 (記入者名 :)	年 月 日 (記入者名 :)
	年 月 日 (記入者名 :)	年 月 日 (記入者名 :)
学校での対応		
	年 月 日 (記入者名 :)	年 月 日 (記入者名 :)

その他の特記事項 ※要記入年月日