

食物アレルギー対応票

記入日 年 月 日

*主治医の指導により配慮が必要なことから、「学校生活管理指導表」のコピーを添えて放課後児童クラブの対応を希望します。

児童氏名：	男・女	生年月日：
保護者氏名：	印	住所：

原因食物と除去の根拠

原因食物	除去根拠	【除去根拠】
1. 鶏卵	《 》	*該当する数字をすべて《 》内に記載してください ①摂取で明らかな症状が出たことがある ②食物経口負荷試験で陽性だった ③IgE 抗体等の検査結果が陽性だった ④未摂取（家で食べた事が無い）
2. 牛乳 乳製品	《 》	
3. 小麦	《 》	
4. ソバ	《 》	
5. ピーナッツ	《 》	6.以下の（ ）には具体的な食材名を記載してください
6. 甲殻類	《 》	（すべて・エビ・カニ）
7. 木の実類	《 》	（すべて・クルミ・カシュー・アーモンド）
8. 果物類	《 》	（ ）
9. 魚類	《 》	（ ）
10. 肉類	《 》	（ ）
11. その他1	《 》	（ ）
12. その他2	《 》	（ ）

アナフィラキシーショックの経験の有無

☐ いいえ ☐ はい （回数： 回・最後の発症： 年 月・原因： ） *アナフィラキシー発症時は、必ず救急車を要請します。
--

緊急連絡先

	氏 名	続柄	電 話 番 号	備考
1			(自宅・職場・携帯)	
2			(自宅・職場・携帯)	
3			(自宅・職場・携帯)	

(裏面につづく)

主治医

医療機関名：	主治医名：
電話番号：	住所：

上記医療機関への受診は、（ およそ ヶ月ごと ・ 年 1 回以上 ・ 必要時 ）

□最後に受診したのは、（ 令和 年 月 日 ）

□緊急時に備えた処方薬が、（ ある ・ ない ） ＊あると回答された方のみ以下に記入をして
ください

□内服薬（ ）

☐アドレナリン自己注射薬（エピペン®） ☐その他（ ）

緊急時の対応

--

放課後児童クラブでの生活における留意点

(記入例) 放課後児童クラブにおける飲食は自宅より持参したものに限る。