（様式３）中学校用

秘

表

食物アレルギー個別対応票（学校保管用）

大阪市立　　中学校

◆保護者の方は、表面太枠内と裏面該当事項全てご記入ください。

○この調査票は、生徒の健康状態を知り、対応、健康診断、保健指導に役立てるものです。

○中学校卒業までの３年間使用します。

年度	年度	年度	年度
年　組	年　組　番	年　組　番	年　組　番
保護者確認印			

（ふりがな） 生　徒　名		男・女	生年月日	平成　年　月　日
保 護 者 名		電話		FAX	
		メールアドレス		
現　住　所	区			
原因食品	（　年　月）	（　年　月）		
症状等	（　年　月）	（　年　月）		
家庭での対応	（　年　月）	（　年　月）		

学校給食における対応決定事項		
給食調理の対応	（　年　月） 除去食品	（　年　月） 除去食品
給食調理以外の対応	（　年　月） 停止　牛乳・パン・米飯・副食 自己除去　（　） 弁当持参　全部・一部	（　年　月） 停止　牛乳・パン・米飯・副食 自己除去　（　） 弁当持参　全部・一部

＊変更が生じた場合、変更日を書き添え、加除修正する。

裏 **緊急時の対応**

裏

○緊急時の対応

緊急連絡先（優先順）	1		関係		電話番号	
	2		関係		電話番号	
	3		関係		電話番号	

＊かかりつけの医療機関

医療機関名		電話番号	
主治医名		診療科	
診断書・指示など	有（　　）・無		

＊かかりつけ以外、緊急搬送する医療機関がある場合

	医療機関名	診療科・主治医等	電話番号
1			
2			
3			

＊緊急時の対応について（使用の目安、保管方法等主治医から指示されている内容）

内服薬		自己注射薬	※医師から指示されている場合は（保健・様式１）に必要事項を記入し提出してください。
吸入薬			
外用薬		その他	

＊緊急体制申し合わせ事項　＊原因食品摂取後に症状が出現した場合の対応（使用薬を含む）

皮膚症状に変化 ⇩	呼吸器症状に変化 ⇩	消化器症状に変化 ⇩	全身症状に変化 ⇩

その他（注意点など）

＊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、記載された内容を全教職員で共有すること、また、必要に応じて教育委員会等関係機関に伝えることに同意します。

保護者署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印