

# 食物アレルギー調査表

学校長様

学年					
組					
記入日					
保護者署名					

食物アレルギーの申請には本書と、次の書類提出とシステムからの申請が毎年必要です

学校生活管理指導表（医師が作成）  アレルギー内容の電子申請

児童生徒の基本情報	ふりがな 名前			保護者名
	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	生年月日	年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	
現住所：大阪市 <input type="checkbox"/> 区				
緊急連絡先（優先順）	名前	児童・生徒との続柄	電話番号	
	①	①	①	
	②	②	②	
	③	③	③	
かかりつけの医療機関情報	医療機関名	主治医名	電話番号	
上記以外の緊急搬送先 (ある場合のみ記入)	医療機関名	主治医名	電話番号	
アレルギーの症状と対応	症状部位	今までに現れた具体的な症状にチェックを入れる 対応：症状出現時の対応（使用薬を含む）		
	皮膚	<input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> あかみ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 唇やまぶた等の顔面の腫れ 対応：		
	呼吸器	<input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> 息がしにくい 対応：		
	消化器	<input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 対応：		
	その他	<input type="checkbox"/> その他 ( ) 対応：		
学校に持参するエピペン・処方薬の使用の目安	エピペンの持参 有(本) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 管理場所 ( )			
	学校へ持参する薬 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 管理場所 ( ) 薬の詳細を記入（薬品名、使用の目安、量等）			
給食当番での対応	給食当番での対応→ 不要 <input type="checkbox"/> · 必要 <input type="checkbox"/> (以下に対応を記入)			
給食以外での対応	食後の運動、学習（調理実習・栽培活動等）、行事（宿泊行事・工場見学等）等で配慮を要すること			

本書は、学校の全教職員及び関係機関等へ必要に応じ共有します。