様式５

**食物アレルギー対応票**

作成日　：　2025年　　11月　　11日

　　令和8　年度　 1年　　　1組　　　　（生年月日：　2012年　　　7月　　　7日）

児童生徒氏名　○○かおり　　　（性別：　女　　）

保護者氏名　　保護者

**緊急連絡先**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　名 | 続柄 | 電　話　番　号 | | 特記事項 |
| １ | 祖母 | 祖母 | 090-0000-0000 | 自宅・職場・携帯 |  |
| ２ |  |  |  | 自宅・職場・携帯 |  |
| ３ |  |  |  | 自宅・職場・携帯 |  |

**主治医**

|  |
| --- |
| 医療機関名・診療科名　××こどもクリニック　小児科　　主治医名　××花子 |
| 電話番号　045-000-0003　　　住所　神奈川県横浜市〇区〇丁目〇番地〇号 |
| **原因食品と発症時の症状** |
| いわし…じんましん　かゆみ　腹痛  きゅうり…くちびるのはれ　のどのかゆみ |

**家庭での食事・外食・おやつについての除去方法**

|  |
| --- |
| 家庭では使いません　外食、おやつは表示をみてさけています。 |

**学校給食に希望する対応内容**

|  |
| --- |
| 一般食、または家庭弁当持参を都度選択 |

**学校生活における留意点**

|  |
| --- |
| 特になし |

**緊急時の対応**

|  |
| --- |
| のみ薬を持たせているので、飲ませて安静にさせてください。 |

**アナフィラキシーショックの経験の有無**

|  |
| --- |
| þ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。 |

**学校記入欄**

|  |
| --- |
| 面談日　　　　年　　　　月　　　　日　　　□上記内容確認済 |

**学校における日常の取組及び緊急時の対応に活用するため、全教職員及び関係機関等で共有することに同意します。**

**保護者署名**

学校での対応決定後、本書類のコピーをお渡しします。提出された書類及びそれに記載された個人情報は、学校における日常の取組及び緊急時の対応に活用し、卒業時または不要になったとき（除去解除や転出等）

に返却します。