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　○○花子　　　　　　　　　　（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　△△総合病院　アレルギー科　主治医名　△△太郎 |
| 電話番号　045-000-0002　　　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** |
| 牛乳、乳製品…全身のじんましん、かゆみ　腹痛　のどの違和感、座っていられない  鶏肉…じんましん、腹痛 |

**家庭での食事・外食・おやつについての除去方法**

|  |
| --- |
| 食べないようにしている。 |

**学校給食に希望する対応内容**

|  |
| --- |
| 代替食（牛乳なし）または家庭弁当 |

**学校生活における留意点**

|  |
| --- |
| 原因食品の出る日は食べさせず、給食から除去してください。また、給食当番はやらせないでください。  もし、原因食品を食べてしまったら、家庭に連絡してください。 |

**緊急時の対応**

|  |
| --- |
| 原因食品を食べてしまい、ぐったりする等の何らかの症状が現れたらエピペンを注射してください。 |

**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：2回・最後の発症：　2015年4月　　・原因：チーズ　　　　　　　　　　）  ※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。