別紙１（保護者→学童クラブ）

食物アレルギー対応票

　提出日：　　　　年　　　月　　　日

学年　　　　　　　　年　　　　　組　　　（生年月日：　　　　年　　　　月　　　　日）

児童氏名

保護者氏名

緊急連絡先

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 優先順位 | 氏　　名 | 続柄 | 　　　　電　話　番　号 | 備 考 |
| １ |  |  |  | 自宅・勤務先・携帯 |  |
| ２ |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |

主治医

|  |
| --- |
| 医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　主治医名電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　住所 |

原因食品と摂取後の症状

|  |
| --- |
| <原因食品> 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　<摂取後の症状>　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

原因食品に対する学童での対応

|  |
| --- |
| ・完全除去　　　　　　　する　　　　　しない・製造ライン　　　　　　可　　　　　　不可　(その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

緊急時の対応

|  |
| --- |
|  |

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　　 　 　）　※　アナフィラキシーショックとは、全身に複数の症状が同時にかつ急速に呈し（アナフィラキシー）、血圧低下や意識障害を伴う場合のこと。必ず救急車を要請します。 |

服薬について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 処方薬等の有無 | 有□　　　　　　　　　　　　　　無□ | クラブへの持参 | 有□　　無□ |

※クラブ持参の場合　収納場所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）