

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> _____

原因食品に対する家庭での対応

--

緊急時の対応

--

アナフィラキシーショックの経験の有無

<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> [] 無 <input type="checkbox"/>	クラブへの持参	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
---------	---	---------	---