

㊫ 食物アレルギー内容届

保護者記入 奈良市立 中学校

※記載事項に変更があるときは、年度途中でも担任に連絡して内容を訂正してください。

年 組	1年 組	2年 組	3年 組
記入日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
保護者印			
担任印			

フリガナ 生徒氏名	男・女	保護者氏名
住所(マンション名も記入) 奈良市		連絡先電話① ② ③

1. 食物アレルギーを起こした原因食品について

原因食品	その時、どんな症状がでましたか
①	
②	
③	
④	

2. 医療機関での検査・診断は受けられましたか。

[受けていない・受けた⇒平成・令和 年 月頃:医療機関名]

3. 運動で症状を発症したことはありますか。

[ない・ある⇒食事との関係 < ない・ある >]

4. アナフィラキシー症状を起こしたことはありますか。 [ない・ある]

5. エピペンを処方されていますか。 [処方されている・処方されていない]

6. ほかに配慮すべきアレルギーはありますか。(例:動物等)

[ない・ある⇒どんなアレルギー]

7. 現在、アレルギー疾患の治療のために使用している薬はありますか。 [ない・ある]

	薬の種類(例:抗アレルギー剤)と薬品名	学校に携帯を希望する薬
内服薬		
吸入薬		
外用薬		
その他		

8. 症状を起こした時の対処(症状が出るまでの時間・症状の強さ・処置)はどのようにしますか。

[]

9. 掃除や運動、校外学習など学校生活で配慮しなければならないことはありますか。

[]

10. アレルギー疾患の受診は、[おおよそ か月ごと・年1回以上・必要時]に受診している。

医療機関名	
病院所在地	
医師名	電話番号

※※※「学校生活管理指導表」(食物アレルギー・気管支ぜん息用)を提出する生徒のみ記入※※※

11. 学校給食での配慮について、除去が必要な食品を記入してください

コンタミネーション(工場での製造でアレルゲン物質を使った別の製品を製造している)についても記入してください

[]