

食物アレルギー対応食等申請書

		提出日			年	月	日
園児名	生年月日	年	月	日	歳		
	クラス	組					
保護者氏名	電話番号						
住所							
主治医	医療機関名 ()		主治医 ()		電話番号 ()		
食物アレルギー受診歴	最近の受診	年	月				
	初診	年	月	(歳のとき)			
原因食品 (アレルゲン)	食品名						
アナフィラキシー ※について	食物によるアナフィラキシー※を起こしたことが (<u>ある</u> 年 月 日 ・ <u>ない</u>) ↑「ある」の場合、何を食べて、どんな症状で、どのような対応をしましたか？ <u>(具体的に)</u>						
服薬	(年 月 日) から服用						
	薬品						
	飲み方						
エピペン®の処方 (<u>ある</u> ・ <u>ない</u>)							
緊急時の連絡先	名前	続柄	連絡先 (携帯電話番号等)				
備考							

※「アナフィラキシー」とは皮膚症状、腹痛や嘔吐などの消化器症状、ゼーゼー、息苦しさなどの呼吸器症状が複数同時にかつ急激に出現した状態のことです。中でも血圧低下、意識低下、脱力などの危険な状態を「アナフィラキシーショック」といいます。

上記内容について申請します。

保護者氏名

印