

食物アレルギーの経過及び対応状況申告書

申告日 年 月 日

愛知県立時習館高等学校附属中学校長 殿

ふりがな
生徒氏名 _____

保護者氏名 _____

- 1 生徒の食物アレルギー対応を申請するに当たり、これまでの経過及び希望する対応について、以下のとおり申告します。(該当する項目全てに☑)

原因食品	希望する対応	摂取時に経験した症状	血液検査等
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> えび・かに <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 給食の時間 <input type="checkbox"/> 家から毎日家庭弁当持参 <input type="checkbox"/> アレルゲンが含まれる日は、家庭弁当持参 <input type="checkbox"/> 牛乳を毎日除去 <input type="checkbox"/> 食品を扱う授業・活動 <input type="checkbox"/> 体育・部運動等運動 <input type="checkbox"/> 校外活動(宿泊含む) <input type="checkbox"/> その他注意事項 ()	<input type="checkbox"/> 発赤、じんましんなど即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、ぜん鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他 () 症状確認時期 年 月 頃	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> えび・かに <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 給食の時間 <input type="checkbox"/> 家から毎日家庭弁当持参 <input type="checkbox"/> アレルゲンが含まれる日は、家庭弁当持参 <input type="checkbox"/> 牛乳を毎日除去 <input type="checkbox"/> 食品を扱う授業・活動 <input type="checkbox"/> 体育・部運動等運動 <input type="checkbox"/> 校外活動(宿泊含む) <input type="checkbox"/> その他注意事項 ()	<input type="checkbox"/> 発赤、じんましんなど即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、ぜん鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他 () 症状確認時期 年 月 頃	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施

※裏面に続く(欄が不足する場合に使用する。)

- 2 食物アレルギーについての受診状況は以下のとおりです。(該当する項目全てに☑)

医療機関名 _____ 医師名 _____
<input type="checkbox"/> この申告書は、上記の医師の確認を受けています。 <input type="checkbox"/> 上記の医療機関には(およそ _____ ヶ月ごと・年1回以上・必要時)に受診しています。 <input type="checkbox"/> 最後に受診した時期は(平成・令和 年 月 日)です。 <input type="checkbox"/> 緊急時に使用するため、下記の薬剤を処方されています。 <input type="checkbox"/> エピペン® <input type="checkbox"/> 飲み薬※ <input type="checkbox"/> 吸入薬※ ※薬品名 () <input type="checkbox"/> 必要により、学校から医療機関へ診療情報を照会することを了承します。

原因食品	希望する対応	摂取時に経験した症状	血液検査等
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> えび・かに <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 給食の時間 <input type="checkbox"/> 家から毎日家庭弁当持参 <input type="checkbox"/> アレルゲンが含まれる日は、家庭弁当持参 <input type="checkbox"/> 牛乳を毎日除去 <input type="checkbox"/> 食品を扱う授業・活動 <input type="checkbox"/> 体育・部運動等運動 <input type="checkbox"/> 校外活動(宿泊含む) <input type="checkbox"/> その他注意事項 ()	<input type="checkbox"/> 発赤、じんましんなど即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、ぜん鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他 () 症状確認時期 年 月 頃	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> えび・かに <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 給食の時間 <input type="checkbox"/> 家から毎日家庭弁当持参 <input type="checkbox"/> アレルゲンが含まれる日は、家庭弁当持参 <input type="checkbox"/> 牛乳を毎日除去 <input type="checkbox"/> 食品を扱う授業・活動 <input type="checkbox"/> 体育・部運動等運動 <input type="checkbox"/> 校外活動(宿泊含む) <input type="checkbox"/> その他注意事項 ()	<input type="checkbox"/> 発赤、じんましんなど即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、ぜん鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他 () 症状確認時期 年 月 頃	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> えび・かに <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 給食の時間 <input type="checkbox"/> 家から毎日家庭弁当持参 <input type="checkbox"/> アレルゲンが含まれる日は、家庭弁当持参 <input type="checkbox"/> 牛乳を毎日除去 <input type="checkbox"/> 食品を扱う授業・活動 <input type="checkbox"/> 体育・部運動等運動 <input type="checkbox"/> 校外活動(宿泊含む) <input type="checkbox"/> その他注意事項 ()	<input type="checkbox"/> 発赤、じんましんなど即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、ぜん鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他 () 症状確認時期 年 月 頃	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> えび・かに <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 給食の時間 <input type="checkbox"/> 家から毎日家庭弁当持参 <input type="checkbox"/> アレルゲンが含まれる日は、家庭弁当持参 <input type="checkbox"/> 牛乳を毎日除去 <input type="checkbox"/> 食品を扱う授業・活動 <input type="checkbox"/> 体育・部運動等運動 <input type="checkbox"/> 校外活動(宿泊含む) <input type="checkbox"/> その他注意事項 ()	<input type="checkbox"/> 発赤、じんましんなど即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、ぜん鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他 () 症状確認時期 年 月 頃	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施

3 その他特記事項（解除により対応を中止する場合はこの欄に記入してください。）

--