

# 食物アレルギー申出書 個別取組プラン

学校名	西東京市立 ひばりが丘中学校
生徒名	

- ・学校での食物アレルギー対応の申出時に、学校生活管理指導表とあわせて提出していただきます。
- ・緊急時の受診の際に、医療機関に提示する場合があります。
- ・西東京市で3年間使用し、市内中学校へ転学の際は記載の情報を共有いたします。
- ・年度ごとに確認し加筆、訂正は色ペンで記入してください。確認後は保護者サインをお願いします。

学年	組	番号	保護者サイン
1年			
2年			
3年			

学校情報更新欄（学校記入）	
1年	
2年	
3年	

# 食物アレルギー申出書

保護者記入

西東京市立ひばりが丘中学校 校長 宛

下記のとおり食物アレルギーに関する申し出をします。

1年	組	(ふりがな) 生徒氏名	男・女	平成 年 月 日生
2年	組	保護者氏名		
		緊急連絡先☎	①	続柄 ( ) 本人/勤務先
3年	組	(日中連絡の取れるところ)	②	続柄 ( ) 本人/勤務先
			③	続柄 ( ) 本人/勤務先

以下の事柄について同意します。  
 ①学校における日常の取組および緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を教職員全員で共有すること。  
 ②市内での転学時には、転学先の学校に本表に記載された情報を提供すること。

保護者署名： \_\_\_\_\_

## 1 原因食品と摂取後の具体的な症状・対応手順等（除去が必要な全ての食材について記入）

※アナフィラキシー歴は、学校生活管理指導表で医師の記載があるものについて記入

原因食品	症状	対応手順
<例> 卵	<例>口の中がかゆくなる⇒治まらない⇒強くなる	<例>口をすすぐ⇒A薬を飲む⇒B薬を塗る
この1年間の発症	どこで、何が原因でどのような症状が出たか、またその時の対応	
6年生	あり・なし	
1年生	あり・なし	
2年生	あり・なし	
アナフィラキシー発症状況		
年齢	原因食品	症状（直近のものから記入）

## 2 処方薬の内容と保管場所（学校生活管理指導表に記載されている処方薬について記入）

内服薬： 無 ・ 有 （薬品名： \_\_\_\_\_）  
 服用頻度： 毎日（食前・食後）・発症時  
 その他（吸入薬・外用薬）： 無 ・ 有 （薬品名： \_\_\_\_\_）  
 保管場所： （ \_\_\_\_\_ ）  
 エピペン： 無 ・ 有 （保管場所： \_\_\_\_\_）

## 3 家庭における対応の程度（食事・外食・おやつについて注意していることなど）

## 4 主治医（かかりつけ医）

医療機関名： \_\_\_\_\_ 電話番号： \_\_\_\_\_  
 医師名： \_\_\_\_\_

