

年度入学

食物アレルギー申出書

保護者記入

西東京市立

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)	男・女	H・R
2年	組	児童氏名		年 月 日生
3年	組	保護者氏名		
4年	組	緊急連絡先電話番号 ①	続柄 ()	本人/勤務先
5年	組	(日中連絡の取れるところ) ②	続柄 ()	本人/勤務先
6年	組	③	続柄 ()	本人/勤務先

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し、学校生活上の配慮を行うこと。

②市内での転学時および市内中学校への進学時には、転学先および進学先の学校に本表に記載された情報を提供すること。

以上の事柄について同意します。 保護者署名： _____

*毎年確認していただき、変更等があった場合は赤で訂正を行ってください。

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	発症する原因	加熱済食品の喫食可否	アナフィラキシー歴
<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	あてはまる全てに ☑をつける	どちらかを ○で囲む	どちらかを ○で囲む
① (初発__歳 最終発症__歳)			<input type="checkbox"/> 摂取 <input type="checkbox"/> 摂取+運動 <input type="checkbox"/> 接触 <input type="checkbox"/> 吸い込む <input type="checkbox"/> その他()	喫食可 / 喫食不可	有/無
② (初発__歳 最終発症__歳)			<input type="checkbox"/> 摂取 <input type="checkbox"/> 摂取+運動 <input type="checkbox"/> 接触 <input type="checkbox"/> 吸い込む <input type="checkbox"/> その他()	喫食可 / 喫食不可	有/無
③ (初発__歳 最終発症__歳)			<input type="checkbox"/> 摂取 <input type="checkbox"/> 摂取+運動 <input type="checkbox"/> 接触 <input type="checkbox"/> 吸い込む <input type="checkbox"/> その他()	喫食可 / 喫食不可	有/無
④ (初発__歳 最終発症__歳)			<input type="checkbox"/> 摂取 <input type="checkbox"/> 摂取+運動 <input type="checkbox"/> 接触 <input type="checkbox"/> 吸い込む <input type="checkbox"/> その他()	喫食可 / 喫食不可	有/無

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： _____ ）

学校への持参：無・有（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： _____

