

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

宜野座村立

学校長・幼稚園長

ふりがな 幼児児童生徒氏名	学年・クラス	年 組
------------------	--------	-----

1 児童生徒の食物アレルギー対応を申請するにあたり、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☑) ※原因食品ごとに記入。

原因食品	希望する対応	摂取時に経験した症状	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"/> 落花生 (ピーナッツ) <input type="checkbox"/> えび <input type="checkbox"/> かに <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 学校給食対応 <input type="checkbox"/> 完全弁当 <input type="checkbox"/> 給食対応 <input type="checkbox"/> 食品を扱う授業・活動 <input type="checkbox"/> 体育・部活動等運動 <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"/> 湿疹など遅延型皮膚症状 <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	血液検査 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施 食物負荷試験 <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"/> 落花生 (ピーナッツ) <input type="checkbox"/> えび <input type="checkbox"/> かに <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 学校給食対応 <input type="checkbox"/> 完全弁当 <input type="checkbox"/> 給食対応 <input type="checkbox"/> 食品を扱う授業・活動 <input type="checkbox"/> 体育・部活動等運動 <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"/> 湿疹など遅延型皮膚症状 <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	血液検査 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施 食物負荷試験 <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。)

※※そば粉を原料として製造した麺

2 食物アレルギーについての受診状況は下記のとおりです。(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 _____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	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"/> 落花生 (ピーナッツ) <input type="checkbox"/> えび <input type="checkbox"/> かに <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 学校給食対応 <input type="checkbox"/> 完全弁当 <input type="checkbox"/> 給食対応 <input type="checkbox"/> 食品を扱う授業・活動 <input type="checkbox"/> 体育・部活動等運動 <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"/> 湿疹など遅延型皮膚症状 <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	血液検査 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施 食物負荷試験 <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"/> 落花生 (ピーナッツ) <input type="checkbox"/> えび <input type="checkbox"/> かに <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 学校給食対応 <input type="checkbox"/> 完全弁当 <input type="checkbox"/> 給食対応 <input type="checkbox"/> 食品を扱う授業・活動 <input type="checkbox"/> 体育・部活動等運動 <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"/> 湿疹など遅延型皮膚症状 <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	血液検査 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施 食物負荷試験 <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"/> 落花生 (ピーナッツ) <input type="checkbox"/> えび <input type="checkbox"/> かに <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 学校給食対応 <input type="checkbox"/> 完全弁当 <input type="checkbox"/> 給食対応 <input type="checkbox"/> 食品を扱う授業・活動 <input type="checkbox"/> 体育・部活動等運動 <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"/> 湿疹など遅延型皮膚症状 <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	血液検査 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施 食物負荷試験 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施

※※そば粉を原料として製造した麺

3 その他特記事項
