

食物アレルギー対応票

作成日 : 平成 年 月 日

平成	年度	年	組	(生年月日: 年 月 日)
児童氏名				(性別:)
保護者氏名				

緊急連絡先

	氏名	続柄	電話番号	特記事項
1			自宅・職場・携帯	
2			自宅・職場・携帯	
3			自宅・職場・携帯	

主治医

医療機関名・診療課名	主治医名
電話番号	住所

原因食品と摂取後の症状

--

家庭での食事・外食・おやつについての除去方法

--

給食に希望する対応内容

--

園生活における留意点

--

食物アレルギー以外のアレルギーについて (治療状況)

--

緊急時の対応 (保育所近くの病院、診療所など)

--

アナフィラキシーショックの経験の有無

いいえ はい (回数: 回・最後の発症: 年 月・原因:)

※アナフィラキシー発症時は、必ず救急車を要請します。

園記入欄

--

保育所における日常の取組及び緊急時の対応に活用するため、記載された内容を全職員で共有することに同意します。

保護者署名