

(保護者) → (保育・教育施設)

食物アレルギー対応票

作成日 : 年 月 日

年度	年	組	(生年月日:	年	月	日)
子どもの氏名			(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・教育施設近くの病院、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・教育施設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