

## 5-1 【食物アレルギー】(あり・なし) 【アナフィラキシー】(あり・なし)

〔病型・治療〕 該当するものに○印を付けてください。また、必要事項を記入してください。

|  |   |
|--|---|
| <b>A. 食物アレルギー病型</b><br>(食物アレルギーありの場合のみ記入する)  | <b>B. アナフィラキシー病型</b><br>(アナフィラキシーありの場合のみ記入する)   |
| 1. 即時型<br>2. 口腔アレルギー症候群<br>3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー  | 1. 食物 (原因: _____)<br>2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー<br>3. 運動誘発アナフィラキシー<br>4. 昆虫<br>5. 医薬品<br>6. その他 ( _____ )                               |
| <b>C. 原因食物・診断根拠</b><br>* 該当する食品の番号に○印を付け、かつ《 》内に診断根拠を記入してください。   |   |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                     〔診断根拠〕 該当するもの全てを《 》に記載<br/>                     ① 明らかな症状の既往<br/>                     ② 食物負荷試験陽性<br/>                     ③ IgE抗体等検査結果陽性                 </div> |   |
| 1. 鶏卵 《 _____ 》<br>2. 牛乳・乳製品 《 _____ 》<br>3. 小麦 《 _____ 》<br>4. ソバ 《 _____ 》<br>5. ピーナッツ 《 _____ 》<br>6. 種実類・木の実類 《 _____ 》  | 7. 甲殻類 (エビ・カニ) 《 _____ 》<br>8. 果物類 《 _____ 》<br>9. 魚類 《 _____ 》<br>10. 肉類 《 _____ 》<br>11. その他 1 《 _____ 》<br>12. その他 2 《 _____ 》 |
| <b>D. 緊急時の備えた処方薬</b>   |   |
| 1. 内服薬 (抗ヒスタミン薬、ステロイド薬)<br>2. アドレナリン自己注射薬 (エピペン®)<br>3. その他 ( _____ )  |   |

〔学校生活上の留意点〕 該当するものに○印を付けてください。また、必要事項を記入してください。

|  |                              |                           |                              |
|--|------------------------------|---------------------------|------------------------------|
| <b>A. 給食</b>                                       | <b>B. 食物・食材を扱う授業・活動</b>      | <b>C. 運動 (体育・部活動等)</b>    | <b>D. 宿泊を伴う校外活動</b>          |
| 1. 管理は不要<br>2. 保護者等と相談する★                          | 1. 特別な配慮は不要<br>2. 保護者等と相談する★ | 1. 管理は不要<br>2. 保護者等と相談する★ | 1. 特別な配慮は不要<br>2. 保護者等と相談する★ |
| <b>E. 配慮事項や管理事項について (★印に○を付けた場合は具体的に記入してください。)</b> |                              |                           |                              |
|  |                              |                           |                              |

| ◇◇◇緊急時連絡先◇◇◇ |  |
|--------------|--|
| 保護者名前        |  |
| 電話番号         |  |

|        |       |
|--------|-------|
| 医療機関名: |       |
| 電話番号:  |       |
| 医師名:   | 印     |
| 記載日:   | 年 月 日 |

5-1【裏面】

※変更あり・解除の際は、変更・解除内容を（空欄に）記載願います。

| 受診年月日 | 病型・治療                 | 学校生活上の留意点            |
|-------|-----------------------|----------------------|
| 2年生   | 変更なし<br>変更あり          | 変更なし ・ 変更あり（解除・追加あり） |
|       | -----<br>医療機関名<br>医師名 |                      |
| 3年生   | 変更なし<br>変更あり          | 変更なし ・ 変更あり（解除・追加あり） |
|       | -----<br>医療機関名<br>医師名 |                      |
| 4年生   | 変更なし<br>変更あり          | 変更なし ・ 変更あり（解除・追加あり） |
|       | -----<br>医療機関名<br>医師名 |                      |
| 5年生   | 変更なし<br>変更あり          | 変更なし ・ 変更あり（解除・追加あり） |
|       | -----<br>医療機関名<br>医師名 |                      |
| 6年生   | 変更なし<br>変更あり          | 変更なし ・ 変更あり（解除・追加あり） |
|       | -----<br>医療機関名<br>医師名 |                      |