園児名：　　クラス名：　　記入日：　　年　　月　　日

アナフィラキシー（あり・なし）／**食物アレルギー**（あり・なし）

病型・治療

A 食物アレルギー病型（食物アレルギーありの場合のみ記載）
1．即時型
2．口腔アレルギー症候群
3．食物依存性運動誘発アナフィラキシー

B アナフィラキシー病型（アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載）
1．食物（原因　　）
2．食物依存性運動誘発アナフィラキシー
3．運動誘発アナフィラキシー
4．昆虫　（　　）
5．医薬品（　　）
6．その他（　　）

C 原因食物・除去根拠　　該当する食品の番号に○をし、かつ《　》内に除去根拠を記載

［除去根拠］該当するもの全てを《　》内に記載
① 明らかな症状の既往　② 食物経口負荷試験陽性
③ IgE抗体等検査結果陽性　④ 未摂取

（　）に具体的な食品名を記載

1．鶏卵	《　》		
2．牛乳・乳製品	《　》		
3．小麦	《　》		
4．ソバ	《　》		
5．ピーナッツ	《　》		
6．甲殻類	《　》	（　すべて・エビ・カニ　）	
7．木の実類	《　》	（　すべて・クルミ・カシュー・アーモンド　）	
8．果物類	《　》	（　）	
9．魚類	《　》	（　）	
10．肉類	《　》	（　）	
11．その他１	《　》	（　）	
12．その他２	《　》	（　）	

D 緊急時に備えた処方薬
1．内服薬（抗ヒスタミン薬、ステロイド薬）
2．アドレナリン自己注射薬（「エピペン®」）
3．その他（　　）

学校生活上の留意点

A 給食
1．管理不要　　2．管理必要

B 食物・食材を扱う授業・活動
1．管理不要　　2．管理必要

C 運動（体育・部活動等）
1．管理不要　　2．管理必要

D 宿泊を伴う校外活動
1．管理不要　　2．管理必要

E 原因食物を除去する場合により厳しい除去が必要なもの

※本欄に○がついた場合、該当する食品を使用した料理については、給食対応が困難となる場合があります。

鶏卵：卵殻カルシウム
牛乳：乳糖・乳清焼成カルシウム
小麦：醤油・酢・味噌
大豆：大豆油・醤油・味噌
ゴマ：ゴマ油
魚類：かつおだし・いりこだし・魚醤
肉類：エキス

F その他の配慮・管理事項(自由記述)

【緊急時連絡先】

★保護者
電話：

★連絡医療機関
医療機関名：
電話：

記載日
年　　月　　日

医師名　　㊞

医療機関名

学校における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本票に記載された内容を園の全教職員及び関係機関等で共有することに同意します。

保護者氏名　　㊞

学校法人 珉光学園
珉光幼稚園