

食物アレルギーの経過及び対応状況申告書

申告日 令和 年 月 日

日進高等学校附属中学校長 様

生徒氏名 _____

保護者氏名 _____

- 1 生徒の食物アレルギー対応を申請するに当たり、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	希望する対応	摂取時に経験した症状	血液検査等
☐ 卵 ☐ 牛乳・乳製品 ☐ 小麦 ☐ そば ☐ ピーナッツ ☐ えび・かに ☐ その他 ()	☐ 学校給食(牛乳除去) ☐ 食品を扱う授業・活動 ☐ 体育・部運動等運動 ☐ 校外活動(宿泊含む) ☐ その他注意事項 ()	☐ 発赤、じんましんなど即時型皮膚症状 ☐ 湿疹など遅発型皮膚症状 ☐ 口腔・粘膜症状 ☐ 咳、ぜん鳴など呼吸器症状 ☐ 腹痛、嘔吐など消化器症状 ☐ ショック症状 ☐ その他 () 症状確認時期 年 月 頃	☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 未実施
☐ 卵 ☐ 牛乳・乳製品 ☐ 小麦 ☐ そば ☐ ピーナッツ ☐ えび・かに ☐ その他 ()	☐ 学校給食(牛乳除去) ☐ 食品を扱う授業・活動 ☐ 体育・部運動等運動 ☐ 校外活動(宿泊含む) ☐ その他注意事項 ()	☐ 発赤、じんましんなど即時型皮膚症状 ☐ 湿疹など遅発型皮膚症状 ☐ 口腔・粘膜症状 ☐ 咳、ぜん鳴など呼吸器症状 ☐ 腹痛、嘔吐など消化器症状 ☐ ショック症状 ☐ その他 () 症状確認時期 年 月 頃	☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 未実施

※裏面に続く(欄が不足する場合に使用する。)

- 2 食物アレルギーについての受診状況は以下のとおりです。(該当する項目全てに☑)

医療機関名 _____ 医師名 _____
☐ この申告書は、上記の医師の確認を受けています。 ☐ 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。 ☐ 最後に受診した時期は(平成 年 月 日)です。 ☐ 緊急時に使用するため、下記の薬剤を処方されています。 ☐ エピペン® ☐ 飲み薬※ ☐ 吸入薬※ ※薬品名 () ☐ 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	血液検査等
☐ 卵 ☐ 牛乳・乳製品 ☐ 小麦 ☐ そば ☐ ピーナッツ ☐ えび・かに ☐ その他 ()	☐ 学校給食（牛乳除去） ☐ 食品を扱う授業・活動 ☐ 体育・部運動等運動 ☐ 校外活動（宿泊含む） ☐ その他注意事項 ()	☐ 発赤、じんましんなど即時型皮膚症状 ☐ 湿疹など遅発型皮膚症状 ☐ 口腔・粘膜症状 ☐ 咳、ぜん鳴など呼吸器症状 ☐ 腹痛、嘔吐など消化器症状 ☐ ショック症状 ☐ その他 () 症状確認時期 年 月 頃	☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 未実施
☐ 卵 ☐ 牛乳・乳製品 ☐ 小麦 ☐ そば ☐ ピーナッツ ☐ えび・かに ☐ その他 ()	☐ 学校給食（牛乳除去） ☐ 食品を扱う授業・活動 ☐ 体育・部運動等運動 ☐ 校外活動（宿泊含む） ☐ その他注意事項 ()	☐ 発赤、じんましんなど即時型皮膚症状 ☐ 湿疹など遅発型皮膚症状 ☐ 口腔・粘膜症状 ☐ 咳、ぜん鳴など呼吸器症状 ☐ 腹痛、嘔吐など消化器症状 ☐ ショック症状 ☐ その他 () 症状確認時期 年 月 頃	☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 未実施
☐ 卵 ☐ 牛乳・乳製品 ☐ 小麦 ☐ そば ☐ ピーナッツ ☐ えび・かに ☐ その他 ()	☐ 学校給食（牛乳除去） ☐ 食品を扱う授業・活動 ☐ 体育・部運動等運動 ☐ 校外活動（宿泊含む） ☐ その他注意事項 ()	☐ 発赤、じんましんなど即時型皮膚症状 ☐ 湿疹など遅発型皮膚症状 ☐ 口腔・粘膜症状 ☐ 咳、ぜん鳴など呼吸器症状 ☐ 腹痛、嘔吐など消化器症状 ☐ ショック症状 ☐ その他 () 症状確認時期 年 月 頃	☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 未実施
☐ 卵 ☐ 牛乳・乳製品 ☐ 小麦 ☐ そば ☐ ピーナッツ ☐ えび・かに ☐ その他 ()	☐ 学校給食（牛乳除去） ☐ 食品を扱う授業・活動 ☐ 体育・部運動等運動 ☐ 校外活動（宿泊含む） ☐ その他注意事項 ()	☐ 発赤、じんましんなど即時型皮膚症状 ☐ 湿疹など遅発型皮膚症状 ☐ 口腔・粘膜症状 ☐ 咳、ぜん鳴など呼吸器症状 ☐ 腹痛、嘔吐など消化器症状 ☐ ショック症状 ☐ その他 () 症状確認時期 年 月 頃	☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 未実施

3 その他特記事項（解除により対応を中止する場合はこの欄に記入してください。）