

作成日 平成 年 月 日

食物アレルギー対応票

児童氏名 _____

男・女 平成 年 月 日生 (歳 ヶ月) 組

食物アレルギーの 病型	<input type="checkbox"/> 即時型 <input type="checkbox"/> 口腔アレルギー症候群 <input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アレルギー
原因食品	
発生時の症状	
アナフィラキシーの 既往歴	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 回数： 回 最後の発症：平成 年 月 日 発症の原因食材： 症状： <p style="text-align: right;">※ アナフィラキシー発症時は必ず救急車を要請します</p>
緊急時の処方薬	
薬剤使用時の留意点	
保育所における日常の取り組みおよ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。	
平成 年 月 日 保護者名 _____ (印)	

保育所記入欄	
--------	--