

## 食物アレルギー個人カルテ

秘

面談日 年 月 日

作成日 年 月 日

(ふりがな) 児童生徒氏名		性別	男・女	生年月日	年	月	日
		電話番号		FAX番号			
保護者氏名		緊急連絡先 (続柄等)					
保護者住所	さいたま市						

## 1 原因食物と具体的な症状及び診断根拠

原因食物と 具体的な症状		診断根拠	
		①明らかな症状の既往 ②食物負荷試験陽性 ③IgE抗体等検査結果陽性	

## 2 家庭での食事・おやつ・外食等の対応方法

--

## 3 アナフィラキシー発症の有無

<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	原因( )
---	-------

## 4 エピペン®(アドレナリン自己注射薬)

エピペン®の使用経験の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
エピペン®練習用トレーナーによる訓練の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

## 5 主治医

医療機関名及び診療科：	現在の受診状況・使用中の薬剤・指示内容
主治医：	
ID(カルテ)番号：	
住所・電話番号：	

## 6 緊急対応時の受診先

医療機関名及び診療科：
主治医：
ID(カルテ)番号：
住所・電話番号：

## 7 学校生活の中で、どのような配慮を希望しますか(給食・学校行事等)

--

## 《学校給食における食物アレルギー対応 決定事項》

	決定 ( 年 月 日 )	変更 ( 年 月 日 )
詳細な献立表対応		
弁当対応		
除去食対応		
代替食対応		
その他		

## 《学校での様子》 アレルギー症状を発症した場合などに記録

	年 月 日	年 月 日
症 状		
処置経過		
その他		

## 《特記事項》
