

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:

裏

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》