

食物アレルギー確認記録書(毎年度提出)

学童名	児童名	性別	学年
学童	名前	男・女	年生

1. アレルギーの食品名と各項目について教えてください。

食品名 ① ②

項目	はい	いいえ	備考
医師の診断はありますか	☐	☐	
最後に症状が出たのはいつ頃ですか	☐	☐	発症時期 年 月 発症部位..... 症状..... 対応方法..... 原因食品 ① ・ ②
食物依存性運動誘発アナフィラキシーが出たことがありますか	☐	☐	発症時期 年 月 発症部位..... 症状..... 対応方法..... 原因食品 ① ・ ②
エピペン、内服薬、軟膏の処方がありますか	☐ ※1	☐	処方薬名 処方するタイミング 保管方法・保管場所
学童でのおやつはどのようにしますか	学童での提供 ☐	家庭から持参 ☐ ※2	医師からアナフィラキシーに対する緊急補助治療に使用される医薬品の処方がある方はおやつの持参をお願いします。(エピペンなど)

※1 お預かりしている処方薬を使用する場合は保護者に確認をいたしますが、重篤な症状が現れ時間的猶予がない場合は、支援員がエピペンを打ちますのでご了解ください。

※2 一週間分のおやつを一日分ずつ記名した袋に入れて、学童に持参してください。(袋の中の個包装の菓子にも記名をしてください。冷蔵品のおやつは避けていただきますようご協力をお願いします。)

2. 学童保育で食物アレルギー症状が出た時の対応方法(様子を見る、冷やすなど)

.....

.....

緊急時の搬送先 病院名..... 電話..... 担当医師.....

3. 食物アレルギーに関する変更または解除

項目	変更・解除内容	保護者印またはサイン
年 月 日	とします。	
年 月 日	とします。	

4. 情報共有

負荷試験等によりアレルギーの状況が変更した場合は、速やかに学童へ報告をお願いします。

おやつ提供に関して配慮すべきことや緊急の対応について、事前に学童の先生と面談を行う場合があります。

※学校に「生活管理指導表」を提出する方は、写しを学童へ提出してください。

誓約書

緊急時に対応するため、各関係機関と情報共有をさせていただきますのでご了解ください。

学童でのおやつ提供に同意し、提供したおやつにより、重篤な症状が現れた場合は市の責任を追求しないことを確約します。

☐ 承諾しました

保護者名_____