

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
最後に症状が出たのはいつ頃ですか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	発症時期 年 月 発症部位 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	発症時期 年 月 発症部位 原因食品 ① ・ ②
エピペンの処方がありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	エピペンを打つタイミングなど ※1
学童でのおやつはどのようにしますか	学童での提供 <input type="checkbox"/>	家庭から持参 <input type="checkbox"/> ※2	

※1 お預かりしているエピペン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づ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)

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

学童内での取組みや緊急時に対応する為、学校等の関係機関との情報共有に同意します。

保護者 印またはサイン

※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。