

食物アレルギーの経過及び対応状況申告書（記入例）

愛知県立明和高等学校附属中学校長 様

生徒氏名 _____

記入者氏名（保護者） _____

この申告書は保護者が
記入していただくもの
です。

1 食物アレルギーについての受診状況は以下のとおりです。（該当する項目全てに☑）

- ☒ この申告書は、医師の確認を受けています。（医療機関名 〇〇〇〇〇 病院）
- ☒ 上記の医療機関には（およそ 6 ヶ月ごと・年1回以上・必要時）に受診しています。
- ☒ 最後に受診した時期は（令和 〇 年 〇 月 〇 日）です。
- ☒ 緊急時に使用するため、下記の薬剤を処方されています。
- ※自分自身で薬の服用判断できない場合は、緊急薬の使用はできません。その場合、緊急時薬を学校に保管したい場合の預かりのみ可能です。
- ☐ エピペン® ☒ 飲み薬※ ☐ 吸入薬※ ※薬品名（ 〇〇〇〇〇薬 ）
- ☒ 緊急時の対応は下記のとおりです。
- 例1 いがいがした場合には、〇〇薬をのみ、1時間ほど保健室で様子を見る。

例2 発疹が出た場合は、保護者に迎えに来てもらい受診する。

例3 吐き気や口腔症状（腫れ）が出た場合は、救急搬送する。

例4 緊急時個別対応マニュアルに従い対応する。（エピペンを使用する。）
- ☒ 必要により、学校から医療機関へ診療情報を照会することを了承します。

2 食物アレルギー対応を申請するに当たり、これまでの経過及び希望する対応について、以下のとおり申告します。（※食品が複数ある場合はそれぞれ記入し、該当する項目全てに☑）

原因食品	希望する対応	摂取時に経験した症状	血液検査等
乳	<input checked="" type="checkbox"/> 学校給食 <input checked="" type="checkbox"/> 食品を扱う授業・活動 <input type="checkbox"/> 体育・部運動等運動 <input checked="" type="checkbox"/> 校外活動（宿泊含む） <input type="checkbox"/> その他注意事項（ ）	<input checked="" type="checkbox"/> 発赤、じんましんなど即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、ぜん鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他（ ） 症状確認時期 <u> </u> 年 <u> </u> 月頃	<input checked="" type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施
牛卵	<input checked="" type="checkbox"/> 学校給食 <input type="checkbox"/> 食品を扱う授業・活動 <input checked="" type="checkbox"/> 体育・部運動等運動 <input type="checkbox"/> 校外活動（宿泊含む） <input type="checkbox"/> その他注意事項（ ）	<input type="checkbox"/> 発赤、じんましんなど即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、ぜん鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他（ ） 症状確認時期 <u> </u> 年 <u> </u> 月頃	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施

最初に症状を確認
した時期を記入す
る。

学校生活においてどのような場面で配慮が必要かを✓する。

原因食品	希望する対応	摂取時に経験した症状	血液検査等
えび	<input type="checkbox"/> 学校給食 <input type="checkbox"/> 食品を扱う授業・活動 <input checked="" type="checkbox"/> 体育・部運動等運動 <input type="checkbox"/> 校外活動(宿泊含む) <input type="checkbox"/> その他注意事項 ()	<input type="checkbox"/> 発赤、じんましんなど即時型皮膚症状 <input checked="" type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、ぜん鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他 () 症状確認時期 年 月 頃	<input checked="" type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施
	<input type="checkbox"/> 学校給食 <input type="checkbox"/> 食品を扱う授業・活動 <input type="checkbox"/> 体育・部運動等運動 <input type="checkbox"/> 校外活動(宿泊含む) <input type="checkbox"/> その他注意事項 ()	<input type="checkbox"/> 発赤、じんましんなど即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、ぜん鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他 () 症状確認時期 年 月 頃	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施
	<input type="checkbox"/> 学校給食 <input type="checkbox"/> 食品を扱う授業・活動 <input type="checkbox"/> 体育・部運動等運動 <input type="checkbox"/> 校外活動(宿泊含む) <input type="checkbox"/> その他注意事項 ()	<input type="checkbox"/> 発赤、じんましんなど即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、ぜん鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他 () 症状確認時期 年 月 頃	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施

3 その他特記事項（解除により対応を中止する場合はこの欄に記入してください。）

生卵については家庭でも何度か食べており、血液検査を実施したところ陰性、主治医の意見としても解除でよいということなので、解除でお願いします。

対応する食品が増えたり、減ったりした場合に状況、理由などを記入する。