

食物アレルギー対応票

平成 年度 年 月 日 作成日：平成 年 月 日
 児童氏名 (生年月日： 年 月 日)
 保護者氏名 (性別：)

緊急連絡先

氏名	続柄	電話番号	特記事項
1		自宅・職場・携帯	
2		自宅・職場・携帯	
3		自宅・職場・携帯	

主治医

医療機関名・診療科名 主治医名
 電話番号 住所

原因食品と摂取後の症状

家庭での食事・外食・おやつについての除去方法

給食に対する対応内容

園生活における留意点

食物アレルギー以外のアレルギーについて(治療状況)

緊急時の対応(保育園近くの病院、診療所など)

アナフィラキシーショックの経験の有無

はい はい (回数： 回・最後の発症： 年 月・原因：)

※アナフィラキシー発症時は必ず救急車を要請します。

園記入

保育所における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、記載された内容を全職員で共有することに同意します。
 保護者署名