

食物アレルギー対応依頼票

作成日：平成 年 月 日

組名		園児氏名		性別	男・女
生年月日	平成 年 月 日	保護者氏名			

1. 緊急連絡先 ※連絡が取れやすい順に記入してください。

	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	

2. 主治医

医療機関名・診療課名		主治医名	
電話番号		住所	

3. 原因食物と摂取後の症状

原因食物	
摂取後の症状	

4. 家庭での食事・外食・おやつについての除去方法

--

5. 給食において希望する対応内容 ※原因となる食物の完全除去が基本対応となります。

--

6. 園生活において希望する配慮事項

--

7. アナフィラキシーの経験の有無

☐ なし
☐ あり（回数： 回、最後に発症した日：平成 年 月、原因： ）

8. エピペン又は内服薬等の園での預かり依頼の有無

☐ なし
☐ あり 預かり薬名： 主治医の使用に関する指示内容：

9. 緊急時に希望する対応方法 ※アナフィラキシー発症時には、当園では必ず救急車を要請します。

--

保育園における日常の取組及び緊急時の対応に活用するために、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：