

## 食物アレルギー緊急時個別対応カード

※保護者記入

学年・組	年 組	年 組	年 組	年 組	年 組	年 組
フリガナ				性別	生年月日	
名 前				男 女	年	月 日生
住 所						
緊急時 連絡順		名 前		続柄	電話番号	
	1					
	2					
	3					
医療機関	病院名 (医師の名前)				電話番号	
主治医	( 先生)					
緊急時	( 先生)					
アレルギー について  当てはまる 番号に○を する	食物アレルギーの病型					
	アナフィラキシーショックの既往		① 有	② 無	ぜん息	① 有 ② 無
	アレルギーの原因となるもの		① 鶏卵                      ② 牛乳・乳製品                      ③ 小麦                      ④ ソバ ⑤ 甲殻類 (エビ・カニ)                      ⑥ その他 (                      )			
			種 類		保管場所	
	緊急時 処方薬		① 内服薬 (抗ヒスタミン剤・ステロイド薬) 【薬品名                      】			
「エピペン®」 を含む		② 吸入薬【薬品名                      】				
		③ 「エピペン®」 ( 0.15mg ・ 0.3mg )				
		④ その他 (                      )				
特記事項						

特に過敏であることが予想され注意を要するもの【                      】

食物アレルギー発症時は、症状チェックシート・緊急時対応プラン・個別支援プランに基づいて対応します。  
この対応カードは緊急時に備え、教職員全員及び消防署で情報共有します。

保護者確認年月日                      年                      月                      日                      保護者名                      \_\_\_\_\_