

食物・その他のアレルギー

エピペン等に関する学校での保管場所や
消防機関へ特記事項の情報提供 可・否

■ 個人名簿 令和 年 月 日 記入

記入者

	年 組	年 組	生年月日	平成 年 月 日
	ふりがな 児童生徒名		保護者名	
	住所	南城市		

■ 緊急連絡先

優先順位	氏 名	続柄	電 話 番 号	連絡先 (○をつける)
1				自宅・職場・携帯
2				自宅・職場・携帯
3				自宅・職場・携帯

■ 医療機関連絡先 (かかりつけ医療機関)

医療機関名	
電話番号	
主治医名	
診察名	
医師の指示内容 (内服薬の飲み方や運動制限など)	

■ 原因食品・薬

原因食品名/薬名	症 状	状 態	頻 度
		すぐでる 時々でる	毎回 多い 少ない
		すぐでる 時々でる	毎回 多い 少ない
		すぐでる 時々でる	毎回 多い 少ない
		すぐでる 時々でる	毎回 多い 少ない

■ アナフィラキシーの経験

あり なし	※ 最近発症した日 (年 月 日)
〈 その時の症状 〉	

■ 緊急時の対応内容 (対処の仕方)

事例 1	➔	
事例 2	➔	

◎ 学校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、本カルテに記載された内容を教職員全員で共有することに同意しますか。 1 同意する 2 同意しない 保護者氏名 印