

食物アレルギー管理シート

様式2

※アレルギー無しの場合は不要です。

児童生徒氏名 _____ (男・女) _____ 年 _____ 月 _____ 日生

※アナフィラキシーを起こしたことはありますか？ (あり ・ なし)

※アドレナリン自己注射薬(「エピペン®」)は持ってますか？ (あり ・ なし)

病型・治療	生活上の留意点
A. 食物アレルギーの病型 1. 即時型 (原因食物を食べて2時間以内に症状が出る) 2. 口腔アレルギー症候群 (食後5分以内に口の中に症状が出る) 3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー (原因となる食物を食べて2時間以内にある程度の運動をすることによりアナフィラキシー症状を起こす)	1. 食事の対応 ① 管理は不要 ② 管理が必要
B. アナフィラキシー病型(アナフィラキシー既往ありの場合のみ記載) 1. 食物(原因： 2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 3. 運動誘発アナフィラキシー 4. 昆虫 5. 医薬品 6. その他(	2. 食物、食材を扱う活動 ① 配慮は不要 ② 配慮が必要
C. 原因食物/診断根拠 ※該当する食品を記入し、診断根拠①②③を付与してください。 例：(鶏肉、牛乳・乳製品、小麦、そば、ピーナッツ、種実類、木の実類、甲殻類、果物類、魚類、肉類、その他)	3. 運動 ① 管理は不要 ② 管理が必要
【診断根拠】 該当するものを記載。 ① 明らかな症状の既往。 ② 食物負荷試験陽性。	4. 野外活動 ① 配慮は不要 ② 配慮が必要
D. 緊急時に備えた処方薬 1. 内服薬(抗ヒスタミン薬・ステロイド薬) 2. アドレナリン自己注射薬(「エピペン®」) 3. その他(	5. その他配慮事項・管理事項(自由記載)
◎喘息はありますか？ (はい ・ いいえ)	
【かかりつけ医療機関名(TEL)】	
【担当医師名】	
【署名日】 年 月 日	【保護者署名・押印】 印
緊急時連絡先	【保護者】 ① TEL
	② TEL
	【医療機関】 TEL

※安心安全を最優先とするため、症状が重篤な場合には、ご利用についてご相談させていただくことがあります。