食物アレルギー対応票

作成日　**令和**　年　月　日

令和　年度　年　組　（生年月日：　年　月　日）
児童氏名　（性別：　）
保護者氏名

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（保育所近くの病院、診療所など）

アナフィラキシーショックの経験の有無

□いいえ　□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