

食物アレルギーの経過及び対応状況申告書

申告日 年 月 日

愛知県立半田高等学校附属中学校長 様

生徒氏名 _____ 記入者氏名（保護者） _____

1 食物アレルギーについての受診状況は以下のとおりです。（該当する項目全てに☑）

<input type="checkbox"/> この申告書は、医師の確認を受けています。（医療機関名 _____） <input type="checkbox"/> 上記の医療機関には（およそ _____ ヶ月ごと・年1回以上・必要時）に受診しています。 <input type="checkbox"/> 最後に受診した時期は（ 年 月 日）です。 <input type="checkbox"/> 緊急時に使用するため、下記の薬剤を処方されています。 <input type="checkbox"/> エピペン® <input type="checkbox"/> 飲み薬※ <input type="checkbox"/> 吸入薬※ ※薬品名（ _____ ） <input type="checkbox"/> 緊急時の対応は下記のとおりです。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;"> _____ </div> <input type="checkbox"/> 必要により、学校から医療機関へ診療情報を照会することを了承します。

2 食物アレルギー対応を申請するに当たり、これまでの経過及び希望する対応について、以下のとおり申告します。（※食品が複数ある場合はそれぞれ記入し、該当する項目全てに☑）

原因食品	希望する対応	摂取時に経験した症状	血液検査等
	<input type="checkbox"/> 学校給食 <input type="checkbox"/> 食品を扱う授業・活動 <input type="checkbox"/> 体育・部運動等運動 <input type="checkbox"/> 校外活動(宿泊含む) <input type="checkbox"/> その他注意事項 (_____)	<input type="checkbox"/> 発赤、じんましんなど即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、ぜん鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他 (_____) 症状確認時期 _____ 年 _____ 月頃	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施
	<input type="checkbox"/> 学校給食 <input type="checkbox"/> 食品を扱う授業・活動 <input type="checkbox"/> 体育・部運動等運動 <input type="checkbox"/> 校外活動(宿泊含む) <input type="checkbox"/> その他注意事項 (_____)	<input type="checkbox"/> 発赤、じんましんなど即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、ぜん鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他 (_____) 症状確認時期 _____ 年 _____ 月頃	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施

原因食品	希望する対応	摂取時に経験した症状	血液検査等
	<input type="checkbox"/> 学校給食 <input type="checkbox"/> 食品を扱う授業・活動 <input type="checkbox"/> 体育・部運動等運動 <input type="checkbox"/> 校外活動(宿泊含む) <input type="checkbox"/> その他注意事項 ()	<input type="checkbox"/> 発赤、じんましんなど即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、ぜん鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他 () 症状確認時期 年 月頃	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施
	<input type="checkbox"/> 学校給食 <input type="checkbox"/> 食品を扱う授業・活動 <input type="checkbox"/> 体育・部運動等運動 <input type="checkbox"/> 校外活動(宿泊含む) <input type="checkbox"/> その他注意事項 ()	<input type="checkbox"/> 発赤、じんましんなど即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、ぜん鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他 () 症状確認時期 年 月頃	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施
	<input type="checkbox"/> 学校給食 <input type="checkbox"/> 食品を扱う授業・活動 <input type="checkbox"/> 体育・部運動等運動 <input type="checkbox"/> 校外活動(宿泊含む) <input type="checkbox"/> その他注意事項 ()	<input type="checkbox"/> 発赤、じんましんなど即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、ぜん鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他 () 症状確認時期 年 月頃	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施
	<input type="checkbox"/> 学校給食 <input type="checkbox"/> 食品を扱う授業・活動 <input type="checkbox"/> 体育・部運動等運動 <input type="checkbox"/> 校外活動(宿泊含む) <input type="checkbox"/> その他注意事項 ()	<input type="checkbox"/> 発赤、じんましんなど即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、ぜん鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他 () 症状確認時期 年 月頃	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施

3 その他特記事項 (解除により対応を中止する場合はこの欄に記入してください。)

食物アレルギーの経過及び対応状況申告書 (記入例)

愛知県立半田高等学校附属中学校長 様

申 告 書 日

この申告書は保護者が記入していただくものです。

生徒氏名 _____

記入者氏名 (保護者) _____

1 食物アレルギーについての受診状況は以下のとおりです。(該当する項目全てに☑)

この申告書は、医師の確認を受けています。(医療機関名 〇〇〇〇〇 病院)

上記の医療機関には(およそ 6 ヶ月ごと・年1回以上・必要時)に受診しています。

最後に受診した時期は(令和 〇 年 〇 月 〇 日)です。

緊急時に使用するため、下記の薬剤を処方されています。

エピペン® 飲み薬* 吸入薬* ※薬品名(〇〇〇〇〇薬)

緊急時の対応は下記のとおりです。

例1 いがいがした場合には、〇〇薬をのみ、1時間ほど保健室で様子を見る。

例2 発疹が出た場合は、保護者に迎えに来てもらい受診する。

例3 吐き気や口腔症状(腫れ)が出た場合は、救急搬送する。

例4 緊急時個別対応マニュアルに従い対応する。(エピペンを使用する。)

必要により、学校から医療機関へ診療情報を照会することを了承します。

2 食物アレルギー対応を申請するに当たり、これまでの経過及び希望する対応について、以下のとおり申告します。(※食品が複数ある場合はそれぞれ記入し、該当する項目全てに☑)

原因食品	希望する対応	摂取時に経験した症状	血液検査等
乳	<input checked="" type="checkbox"/> 学校給食 <input checked="" type="checkbox"/> 食品を扱う授業・活動 <input type="checkbox"/> 体育・部運動等運動 <input checked="" type="checkbox"/> 校外活動(宿泊含む) <input type="checkbox"/> その他注意事項 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 発赤、じんましんなど即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、ぜん鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他() 症状確認時期 <u> </u> 年 <u> </u> 月頃	<input checked="" type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施
生卵	<input checked="" type="checkbox"/> 学校給食 <input type="checkbox"/> 食品を扱う授業・活動 <input checked="" type="checkbox"/> 体育・部運動等運動 <input type="checkbox"/> 校外活動(宿泊含む) <input type="checkbox"/> その他注意事項 ()	<input type="checkbox"/> 発赤、じんましんなど即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、ぜん鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他() 症状確認時期 <u> </u> 年 <u> </u> 月頃	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 未実施

最初に症状を確認した時期を記入する。

学校生活においてどのような場面で配慮が必要かを✓する。

原因食品	希望する対応	摂取時に経験した症状	血液検査等
えび	<input type="checkbox"/> 学校給食 <input type="checkbox"/> 食品を扱う授業・活動 <input checked="" type="checkbox"/> 体育・部運動等運動 <input type="checkbox"/> 校外活動(宿泊含む) <input type="checkbox"/> その他注意事項 ()	<input type="checkbox"/> 発赤、じんましんなど即時型皮膚症状 <input checked="" type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、ぜん鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他 () 症状確認時期 年 月頃	<input checked="" type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施
	<input type="checkbox"/> 学校給食 <input type="checkbox"/> 食品を扱う授業・活動 <input type="checkbox"/> 体育・部運動等運動 <input type="checkbox"/> 校外活動(宿泊含む) <input type="checkbox"/> その他注意事項 ()	<input type="checkbox"/> 発赤、じんましんなど即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、ぜん鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他 () 症状確認時期 年 月頃	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施
	<input type="checkbox"/> 学校給食 <input type="checkbox"/> 食品を扱う授業・活動 <input type="checkbox"/> 体育・部運動等運動 <input type="checkbox"/> 校外活動(宿泊含む) <input type="checkbox"/> その他注意事項 ()	<input type="checkbox"/> 発赤、じんましんなど即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、ぜん鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他 () 症状確認時期 年 月頃	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施

3 その他特記事項（解除により対応を中止する場合はこの欄に記入してください。）

生卵については家庭でも何度か食べており、血液検査を実施したところ陰性、主治医の意見としても解除でよいということなので、解除をお願いします。

対応する食品が増えたり、減ったりした場合に状況、理由などを記入する。