

食物アレルギー疾患個別対応票 兼 面談票

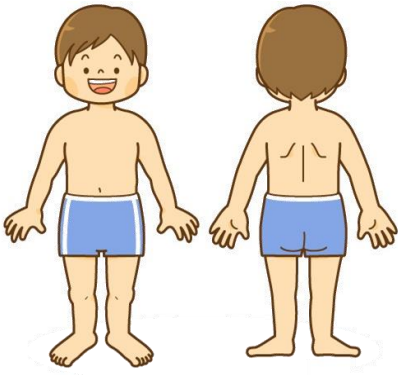
<保護者記載欄>

作成日: 年 月 日

園名	明石市立 幼稚園		ふりがな		
クラス	歳児 組		園児名		
ふりがな 保護者氏名			電話番号	自宅	— —
				携帯	— —
保護者住所	〒 — 明石市				
緊急 連絡先	連絡先1	関係	電話番号	—	—
	連絡先2	関係	電話番号	—	—
	連絡先3	関係	電話番号	—	—
かかりつけ 医療機関名			診療科		
			主治医		
			連絡先	—	—

※ かかりつけ以外で緊急時に搬送する医療機関が決まっている場合、記載ください

医療機関名		主治医		連絡先	— —
-------	--	-----	--	-----	-----

症状の既往歴	<input type="checkbox"/> あり → ☆ 発生場所 <input type="checkbox"/> なし		
原因食品			
発生時の症状			
アナフィラキシー の既往歴	<input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> なし	最終発症日	年 月 日
		発生時の症状	

※ 幼稚園でアナフィラキシー症状が発生した場合、必ず救急車を要請します

緊急時の対応	
その他の 配慮事項	※行事、園外保育等

<幼稚園記載欄>

その他 特筆事項			
面談日	年 月 日	面談者	