

平成 年 月 日

名古屋市立 小学校
校長 殿

アレルギーについてのお願い

下記の通り(添付資料2枚)、アレルギー症状についてお知らせ致しますのでご配慮のほどよろしくお願い致します。

記

■ アレルギー対応のまとめ・保護者からのお願い ■

1. 食物アレルギーについて
2. 喘息について
3. 治療薬(投与のタイミング)
4. 運動誘発
5. 学校生活上の留意点
6. 保護者から先生方へお願いしたいこと

児童氏名

保護者名

■ アレルギー対応のまとめ・保護者からのお願い ■

作成日 平成 年 月 日

年 組 氏名

(平成 年 月 日生 歳 月現在)

| 【緊急連絡先】 | 【かかりつけ医】 |
|---------|----------|
| 1 | 病院名 主治医名 |
| 2 | 電話番号 |
| 3 | |
| 4 | |

《 1. 食物アレルギーについて 》

| アレルギー | 食品名 | | 備考 |
|-------|----------|--|------------|
| | 除去しているもの | | 希望する除去レベル |
| | 食べられるもの | | 摂取時に経験した症状 |
| | 除去しているもの | | 希望する除去レベル |
| | 食べられるもの | | 摂取時に経験した症状 |
| | 除去しているもの | | 希望する除去レベル |
| | 食べられるもの | | 摂取時に経験した症状 |

過去の発作事例と症状

《 2. 喘息について 》

喘息 (有 ・ 無) 喘息発作時の薬 携帯希望 (する ・ しない) ⇒《3.治療薬》

喘息発作時の留意点 【現在の症状】

【治療内容】

《 3. 治療薬 》

まとめて内服・使用しても問題ありません

【投与のタイミング】 ※ 緊急時個別対応マニュアル参照

| 観察ポイント | 症状 | 治療薬投与と対応 |
|--------|----|----------|
|--------|----|----------|

いずれの場合もすぐに【緊急連絡先】までご連絡ください

※内服薬・吸入薬は自分で内服・使用しますが、状況によりできない場合は補助をしてくださると助かります

症状が強いと感じる時は、すべて使用してください

年 組 氏名

《 4. 運動誘発 》

食事と運動、喘息の関連（有 ・ 無）

運動や課外活動時の留意点

《 5. 学校生活上の留意点 》

【 給食当番、掃除当番、食べ物を扱う学習指導、校外学習、宿泊を伴う行事など考慮して欲しいこと 】

【 その他の配慮事項について 】

《 6. 保護者から先生方へお願いしたいこと 》