

アレルギー・持病等対応調査書

作成日： 年 月 日

アレルギー・持病等の対応の有無		<input type="checkbox"/> 必要	<input type="checkbox"/> 不要
生徒名：		生年月日： 年 月 日	
食物アレルギーについて	1. 食物アレルギー物質と症状について	(複数ある場合はすべてご記入ください。) 例：卵 → 蕁麻疹	
	2. 対応方法	例：卵 → 摂取しない(加熱も不可)	
動物等のアレルギー	3. 動物・環境等のアレルギーと症状	(複数ある場合はすべてご記入ください。) 例：猫 → 咳・湿疹	
	4. 対応方法	例：猫 → 室内飼いNG ・ 花粉 → 薬服用	
ショック症状	5. アナフィラキシーショックの経験の有無	<input type="checkbox"/> 経験あり	<input type="checkbox"/> 経験なし
		回数と時期・原因等	
	6. エピペンの有無	<input type="checkbox"/> 持っている	<input type="checkbox"/> 持っていない
その他	7. 持病等配慮が必要なもの	例：てんかん → 朝晩薬服用	
	8. 対応方法	例：服薬 → 声掛け必要	

以上の内容に相違ないことを証明いたします。

学校名

年 組 番 生徒名：

保護者名(自署)：