

## 食物アレルギー個別協議票（園・学校→消防機関）

|                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------|
| 幼児・児童・生徒情報                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 園・学校（<br>園・学校）（<br>年） |         |
| 住 所                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 保護者の氏名                |         |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 本人との関係                |         |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 緊急連絡先 ※優先順位（①～③）      |         |
| フリガナ                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ①（<br>）               | —       |
| 氏 名                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ②（<br>）               | —       |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ③（<br>）               | —       |
| 生年月日 平成 年 月 日                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 年齢 歳                  | 性 別 男・女 |
| 保険証記号・番号                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |         |
| かかりつけ<br>医療機関・医師                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 病院 診療科                | 主治医名    |
| かかりつけ以外<br>医療機関・医師                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 病院 診療科                | 主治医名    |
| アナフィラキシーの<br>原因となるもの                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |         |
| 誘発症状（出現する<br>可能性のある症状）                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |         |
| 既往症<br>現病歴                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患<br><input type="checkbox"/> 消化器 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 精神病<br><input type="checkbox"/> その他・アレルギー（<br>） |                       |         |
| 注射薬                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> エピペン®0.15mg <input type="checkbox"/> エピペン®0.3mg <input type="checkbox"/> その他<br>（ エピペン®の保管場所： 本人 ・ 学校で一括保管 ）                                                                                                                                                                                                             |                       |         |
| 備考（主治医からの指示、家族からの要望、救急搬送歴等があれば記載してください。）                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |         |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |         |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |         |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |         |
| 上記個人情報を園・学校と消防機関で共有することに同意します。<br><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>令和 年 月 日</span> <span>保護者 氏名</span> <span>印</span> </div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |         |