

(この様式は保護者に記入してもらい、毎年内容を見直し確認後押印する。変更があれば訂正する。)

記入年月日	学 年						
	学 級						
平成 年 月 日	担 任 印						
保護者署名	保護者印						
	記入年月日	/	/	/	/	/	/
	変更箇所の 有・無	/	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無

### アナフィラキシー個別対応調査書

児童生徒氏名： \_\_\_\_\_ 性別： 男子 女子

生年月日：平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

住所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

かかりつけの医療機関名： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

主治医名： \_\_\_\_\_ 診療科： \_\_\_\_\_

ID (カルテ) 番号： \_\_\_\_\_

\* かかりつけ以外に緊急時、搬送する医療機関がある場合

医療機関名： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

主治医名： \_\_\_\_\_ 診療科： \_\_\_\_\_

ID (カルテ) 番号： \_\_\_\_\_ (カルテがある場合)

#### 緊急連絡先 (携帯電話の番号等、確実に連絡の取れるところ)

連絡先	電 話 番 号	連絡先	電 話 番 号

#### 緊急時の対応 (使用の目安、保管方法等、主治医から指示されている内容)

\* 書ききれない場合は裏面に記入してください。

内服薬： \_\_\_\_\_

注射薬： エピペン®0.15mg エピペン®0.3mg

その他： \_\_\_\_\_

(「エピペン®」は本人もしくは保護者が自ら注射する目的で作られたものであるが、本人自ら注射できない緊急時に限り、救急救命士や教職員が注射できる。)

その他、アナフィラキシーの発症予防また緊急時の対応として主治医から指示されていること、ご家庭から学校への要望事項等ありましたら裏面に記入してください。

