

\*該当者のみご記入ください

記入日 令和 年 月 日

## 食物アレルギー・既往症について

名前 \_\_\_\_\_

平成・令和 年 月 日生

\*食物アレルギーについて

- アレルゲン食品
- アレルギー症状 (アナフィラキシー 有・無)
- アレルギー症状が出た場合の対応・注意事項について

\*喘息および対応について

\*熱性けいれんおよび対応について

- 初回 歳 ヶ月 \_\_\_\_\_℃で発症
  - 最後 歳 ヶ月 \_\_\_\_\_℃で発症
- 合計 \_\_\_\_\_回

\*持病等およびその対応について

保護者氏名 \_\_\_\_\_ (印)