

食物アレルギー児に関する報告書

施設長	教頭	教頭	看護師	栄養士

施設名		ふりがな 児 童 名		男・女
生年月日		今年度 クラス名	歳 児 組	
入所・ 入園年月日	年 月 日	除去食開始(家庭)	除去食開始(施設)	
		年 月より	年 月より	
かかりつけの病院 担当医				
TEL ()				
アレルギーの種類 もしくは診断名				
原因となる 食品				
症 状	過去のアナフィラキシー症状 有・無			
薬について	使 用 : 有・無 薬品名 使用状況 : 施設での薬の預かり: 有・無			
施設での対応				
緊急時の対応	有症時の対応、投薬、緊急搬送など			
そ の 他 こどもの様子				

※ 医師からの生活管理指導表等コピーを添付してください。
※ 新しく発生した時点で報告書を提出してください。