

食物等アレルギー連絡票

記入日: 年 月 日

記入者: 続柄 _____

児童氏名(フリガナ) 男 ・ 女		生年月日 年 月 日
児童クラブ		
緊急連絡先①	続柄:	
②	続柄:	
アレルギー対象物		
主な症状		
アレルギーかかりつけ病院		
電話:		
処方薬 ☐ 注射 ☐ 内服 ☐ 点鼻 ☐ なし 薬剤名 _____ 薬剤名 _____ 薬剤名 _____		
投与の自己管理	自分で投薬できる ・ 介助が必要	
発症時 投薬経験	有 ・ 無	
薬を保管している場所		

※アレルギーの無い児童は提出不要です。
 ※児童一人につき一枚となりますので兄弟の場合は 2 枚提出になります。
 ※花粉症やほこり, 症状が軽い場合でも記入をお願いいたします。

保護者の同意事項

- ① アナフィラキシーショック(緊急性が高いアレルギー症状)のある場合は, 投薬をし, 救急搬送を依頼します。
- ② 救急搬送を優先する場合, 搬送依頼をしてから緊急連絡先への連絡となることがあります。
- ③ 投薬について, 人命尊重を最優先とし, 予期せぬ副作用の出現の責任は負いかねます。
- ④ 処方薬の保管や, 使用期限については保護者の管理をお願いします。

日付 年 月 日

保護者氏名 _____

記入例

食物等アレルギー連絡票

記入日: 年 月 日

記入者: 利根 太郎 続柄 父

児童氏名(フリガナ) 利根 次郎		生年月日 令和2年4月2日
男・女		児童クラブ
緊急連絡先①	090-1234-5678 続柄: 父	
②	090-2345-6789 続柄: 母	
アレルギー対象物 花粉, ハウスダスト		
主な症状 目のかゆみ, 鼻水, せき		
アレルギーかかりつけ病院 電話:		
処方薬 ☐ 注射 ☐ 内服 ☐ 点鼻 ☒ なし 薬剤名 薬剤名 薬剤名		
投与の自己管理	自分で投薬できる ・ 介助が必要	
発症時 投薬経験	有 ・ 無	
薬を保管している場所		

※アレルギーの無い児童は提出不要です。
※児童一人につき一枚となりますので兄弟の場合は2枚提出になります。
※花粉症やほこり, 症状が軽い場合でも記入をお願いいたします。

保護者の同意事項

- ⑤ アナフィラキシーショック(緊急性が高いアレルギー症状)のある場合は, 投薬をし, 救急搬送を依頼します。
⑥ 救急搬送を優先する場合, 搬送依頼をしてから緊急連絡先への連絡となることがあります。
⑦ 投薬について, 人命尊重を最優先とし, 予期せぬ副作用の出現の責任は負いかねます。
⑧ 処方薬の保管や, 使用期限については保護者の管理をお願いします。

日付 年 月 日

保護者氏名