

食物アレルギー等緊急時対応依頼書

保護者記入日 令和 年 月 日

アレルギーが発生した場合は、別紙の「食物アレルギー等緊急時対応手順」のとおり対応してください。

※太枠の中を記入し、園に提出してください。園全体で確認後、印鑑をいただきます。この用紙は毎年ご提出いただけます。

学年	クラス	名前	生年月日	
3歳未満・年少 年中・年長			平成 令和	年 月 日 (歳)
原因物質 (アレルゲン)			症状	
アナフィラキシー の既往(疑い含)	無・有	(食材名等:)		↓園で記入
内服薬の 預かり	無・有	(薬品名:)		保管場所
エピペン®の 預かり	無・有	有効期限	年 月 日	保管場所
主治医	医療機関名			TEL
	医師名			
搬送医療 機関◎	医療機関名			TEL

◎は、主治医から搬送先の指定があった場合は、記入してください。
緊急度が極めて高い状態だと救急隊が判断した時は、3次・2次救急への搬送を優先します。

緊急連絡先 (保護者等) ※日中連絡のと れる番号を記入し てください。	優先順位	氏名	続柄	電話番号	連絡先 (○をして下さい。)
	第1				自宅・職場・携帯
	第2				自宅・職場・携帯
	第3				自宅・職場・携帯
	第4				自宅・職場・携帯

■緊急時のエピペン®使用について(エピペン®の預かりを希望する場合) (チェックを入れる)
アナフィラキシー発生時は、現場の判断でエピペン®を使用することに承諾します。 □

■内服薬について(内服薬の預かりを希望する場合) (チェックを入れる)
アレルギー症状が出た場合(可能性含む)は、現場の判断で内服薬を飲ませることに承諾します。 □

■特記事項

上記の対応を全職員及び保護者と確認しました。 確認日 令和 年 月 日

園名 園長 ① 保護者 ①

職員確認欄(印)

※園と保護者は控えをとり、原本を保育課へ提出してください。