

芦屋市立認定こども園・保育所食物アレルギー対応申請書 (新規・継続)

令和 年 月 日

芦屋市立 \_\_\_\_\_ こども園・保育所長宛

|                  |   |      |     |   |   |   |
|------------------|---|------|-----|---|---|---|
| ふりがな<br>児童名      |   | 生年月日 | H・R | 年 | 月 | 日 |
| 原因食材<br>(アレルゲン)  | 卵 乳 小麦 大豆<br>その他 ( )                                    |      |     |   |   |   |
| 出現する症状<br>(○で囲む) | ・ショック ・呼吸困難 ・咳こむ ・嘔吐 ・じんましん ・かゆみ<br>・その他 ( )            |      |     |   |   |   |
|                  | 《アナフィラキシーショックの既往歴》<br>なし ・ あり ( 年 月 日)<br>発症時の症状<br>( ) |      |     |   |   |   |
| 添付書類             | ・医師の指示書   |      |     |   |   |   |

- アナフィラキシーとアナフィラキシーショックについて  
アナフィラキシーは、発症後、極めて短い時間のうちに全身性にアレルギー症状が出る反応です。  
このアナフィラキシーによって、血圧の低下や意識障害などを引き起こし、場合によっては生命を脅かす危険な状態になることもあります。  
この生命に危険な状態をアナフィラキシーショックといいます。

【症状発症時の連絡先】

|                     |                           |     |     |  |  |  |
|---------------------|---------------------------|-----|-----|--|--|--|
| かかりつけ医・病院           | 病院・医院 (休診日 )<br>(車で 分) 電話 |     |     |  |  |  |
| そのほかの受診先<br>(上記休診日) | 病院・医院 (休診日 )<br>(車で 分) 電話 |     |     |  |  |  |
| 症状出現時の薬の有無          | ない ・ ある ( )               |     |     |  |  |  |
| 症状出現時の連絡先           | 名前                        | 続柄  | TEL |  |  |  |
|                     | ①                         | ( ) |     |  |  |  |
|                     | ②                         | ( ) |     |  |  |  |
|                     | ③                         | ( ) |     |  |  |  |

【家庭での症状発症時の対応】

|  |
|--|
|  |
|--|

【認定こども園・保育所で症状発症時の対応】 ※認定こども園・保育所側が記入します。

|          |                                     |
|----------|-------------------------------------|
| 症状出現時の対応 | アナフィラキシーショック症状 ⇒ 救急搬送<br>その他の場合 ( ) |
|----------|-------------------------------------|

【特記事項についての決定内容】 ※認定こども園・保育所側が記入します。

|  |
|--|
|  |
|--|

認定こども園・保育所における日常の取り組みおよび緊急の対応に活用するため、本申請書および医師の指示書に記載された内容を認定こども園・保育所職員及び芦屋市はいく課で共有することに同意します。

※上記内容をご確認のうえ、ご署名ください。  
保護者名