

2 アレルギー等の体質について記入してください。

原因となる食品(卵)

症状(皮膚症状(かゆみ)、呼吸器症状(息苦しさ))

アナフィラキシー(ショック): 既往なし(重症) 2 オのとき・可能性あり

緊急時の対応・処方薬等(かゆみ⇒アレロック服用 経く⇒エビベン)

エビベン(ワレタリン自己注射)処方: なし・あり

学校生活管理指導表: なし(あり)

かかりつけの医療機関(愛知医科大学 OO先生)

詳しい記入ください。

その他のアレルギー

なし(あり)

(蜂⇒アナフィラキシーの可能性があると医師から診断)

詳しい記入ください。

服用・塗布してはいけない薬

接種してはいけない注射等

なし(あり)

3 これまでにかかった病気等について記入してください。

※ 記入しにくい病気等があるときは、担任または養護教諭にお知らせください。

病名	初発の年齢	治療・経過経過観察完了	医療機関名	服薬	学校生活管理指導表等
心臓病(病名) 心室中隔欠損症	0才	1才	愛知医科大学病院	有(無)	有(無)
腎臓病(病名)	才	才		有・無	有・無
ぜん息	2才	7才		有(無)	有(無)
川崎病	才	才		有・無	有・無
糖尿病	才	才		有・無	有・無
てんかん	3才	才		有(無)	有・無
熱性けいれん	才	才		有・無	有・無
その他()	才	才		有・無	有・無

4 現在治療中または病院で経過観察を受けている病気やけが、その他学校に知らせておきたいことや相談したいことがあれば記入してください。特記しない場合は、「なし」と記入してください。

5 学校医(内科・眼科・耳鼻科)、学校歯科医に質問があれば、記入してください。特記しない場合は、「なし」と記入してください。

小1	ぜんそくの発作時の吸入薬をランドセルに入れています。発作が出たら、職場に連絡ください。	なし
小2	なし	なし
小3	黒字で	
小4		
小5		
小6		

アレルギーについて、発症時の症状や緊急時の対応方法など、学校が知っておいた方がよい事項を、できるだけ詳しく記入してください。

治療や経過観察等が完了している病気については、完了の欄に年齢を記入してください。今後、完了した場合は、年度の変わり目に記入していただきます。

特記する事項がない場合は、該当する学年の欄に必ず「なし」と記入してください。
※ 記入漏れの無いようお願いいたします

6 予防接種歴と既往歴について○をつけてください。(接種済みの場合は、接種した回数全てに○をつけてください。)

① 日本脳炎	未接種	1回目	2回目	3回目	4回目	感染有	⑦ 麻疹(はしか)	未接種	1回目	2回目	感染有
② 3種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風) 2015年～順次終了	未接種	1回目	2回目	3回目	4回目	感染有	⑧ 風疹(三日はしか)	未接種	1回目	2回目	感染有
③ ポリオ	未接種	1回目	2回目	3回目	4回目	感染有	⑨ 水痘(水ぼうそう)	未接種	1回目	2回目	感染有
④ 4種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ) 2012年11月～導入	未接種	1回目	2回目	3回目	4回目	感染有	⑩ 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	未接種	1回目	2回目	感染有
⑤ 肺炎球菌性肺炎(肺炎球菌ワクチン)	未接種	1回目	2回目	3回目	4回目	感染有	⑪ BCG(結核)	未接種	1回目	感染有	
⑥ インフルエンザ菌b型(ヒブワクチン)	未接種	1回目	2回目	3回目	4回目	感染有	未接種の理由()	未接種	1回目	2回目	3回目
							⑫ B型肝炎				
⑬ その他予防接種を受けたものがありませんらご記入ください。											

インフルエンザ以外で、学校に知らせておきたいものがあれば、記入してください。

提出日 4月10日(月)