

食物アレルギー確認記録および同意書(毎年度提出)

クラブ名	児童名	性別	学年
	名前	男・女	年生

1. アレルギーの食品名と各項目について教えてください。

食品名 ① ②

項目	はい	いいえ	備考
医師の診断はありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
最後に症状が出たのはいつ頃ですか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	発症時期 年 月 発症部位 原因食品 ① ②
食物依存性運動誘発アナフィラキシーが出たことがありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	発症時期 年 月 発症部位 原因食品 ① ②
服薬やエピペンの処方がありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	エピペンを打つタイミングなど※1

クラブでのおやつ及び食事はどのようにしますか	<input type="checkbox"/> クラブでの提供 <input type="checkbox"/> 家庭から持参※2	支援員は提供するおやつの原材料名の確認はいたしません。
------------------------	---	-----------------------------

※1 お預かりしているエピペンを使用する場合は保護者に確認をいたしますが、重篤な症状が現れ時間的猶予がない場合は、支援員がエピペンを打ちますのでご了解ください。

※2 持参方法は、各クラブでお話してください。児童が持参する場合は、保護者様より学校に届け出てください。

2. 放課後児童クラブで食物アレルギー症状が出た時の対応方法(様子を見る、冷やすなど)

緊急時の搬送先 病院名 電話 担当医師

3. 同意事項

1. クラブ内での取組みや緊急時に対応する為、学校等の関係機関との情報共有することを許可する。
2. 緊急時、人命救助の観点から速やかに放課後児童クラブ職員が本人に服薬を促し、状況によっては職員が投薬をすることを許可する。
3. 緊急時、人命救助の観点から速やかに放課後児童クラブ職員がエピペン®を使用することを許可する。
4. 緊急時、救急隊員及び医療機関に食物アレルギーに関する情報を提供することを許可する。