

*該当者のみご記入ください

記入日 平成 年 月 日

食物アレルギー・既往症について

名前 _____

平成 年 月 日生

*食物アレルギーについて

- アレルゲン食品
- アレルギー症状 (アナフィラキシー 有・無)
- アレルギー症状が出た場合の対応・注意事項について

*喘息および対応について

*熱性けいれんおよび対応について

- 初回 歳 ヶ月 _____℃で発症
 - 最後 歳 ヶ月 _____℃で発症
- 合計 _____回

*持病等およびその対応について

保護者氏名 _____ (印)