

確認欄	校長	教頭	養護教諭

令和 年度 食物アレルギー在籍者一覧表

No. _____

(令和 年 月 日現在) _____ 学校

No. 1	年 組 児童生徒氏名 (男 女)			担任確認欄
	緊急連絡先 自宅 _____ ① _____ ② _____	診断名	エピペン®処方の有無 (有 無)	
	かかりつけ医療機関 医療機関名 _____ 主治医名 _____ 電話番号 _____	協力医療機関		
No. 2	年 組 児童生徒氏名 (男 女)			担任確認欄
	緊急連絡先 自宅 _____ ① _____ ② _____	診断名	エピペン®処方の有無 (有 無)	
	かかりつけ医療機関 医療機関名 _____ 主治医名 _____ 電話番号 _____	協力医療機関		

※確認欄にはサイン又は印をお願いします。

No.	年 組 児童生徒氏名 (男 女)		担任確認欄
	緊急連絡先 自宅 _____ ① _____ ② _____	診断名 エピペン®処方の有無 (有 無)	
	かかりつけ医療機関 医療機関名 _____ 主治医名 _____ 電話番号 _____	協力医療機関	
No.	年 組 児童生徒氏名 (男 女)		担任確認欄
	緊急連絡先 自宅 _____ ① _____ ② _____	診断名 エピペン®処方の有無 (有 無)	
	かかりつけ医療機関 医療機関名 _____ 主治医名 _____ 電話番号 _____	協力医療機関	
No.	年 組 児童生徒氏名 (男 女)		担任確認欄
	緊急連絡先 自宅 _____ ③ _____ ④ _____	診断名 エピペン®処方の有無 (有 無)	
	かかりつけ医療機関 医療機関名 _____ 主治医名 _____ 電話番号 _____	協力医療機関	