

## 佐倉市食物アレルギー与薬依頼書【保護者記入】

年 月 日記入

施設名				
児童氏名(ふりがな)				
生年月日	年	月	日 (記入時点	歳 月)
緊急時連絡先	保護者氏名	続柄	電話番号	連絡先名称
	1			
	2			
	3			
主治医	医療機関名			
	電話番号			
	主治医			
原因食品名				
薬品名	処方日 年 月 日			
<b>与薬のときの注意点</b>				
1.どのようなアレルギー症状がでたときに使用するか、詳しい症状を教えてください。 裏面の【即時型食物アレルギー症状】を参考にしてください。				
2.与薬するときの注意点について、医師の指示の有無及び内容を教えてください。				
注意点: なし・あり 詳細: <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">                     年 月 日                      保護者名 <span style="float: right;">(印)</span> </div>				
<b>* 与薬の際は、必ず保護者に電話で確認させていただきます。</b>				

-----【記入例】-----

1.どのようなアレルギー症状がでたときに使用するか、詳しい症状を教えてください。
・卵に触れると口のまわりが赤くなります。首をかきだすと首まわりも赤くなって蕁麻疹が出てきます。
2.与薬するときの注意点について、医師の指示を教えてください。
・注意点は特にはないですが、すぐに飲ませてください。

## 【即時型食物アレルギー症状】

1つでもあてはまる場合内服	1つでもあてはまる場合内服後EpiPen準備	直ちにエピペンの使用と救急車要請	
皮膚 症状	<input type="checkbox"/> 軽度のかゆみ（部位：            ） <input type="checkbox"/> 数個のじんましん（部位：            ） <input type="checkbox"/> 部分的な発赤（部位：            ）	<input type="checkbox"/> 強いかゆみ <input type="checkbox"/> 全身に広がるじんましん <input type="checkbox"/> 全身が真っ赤	
顔周 囲の 症状	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ・充血 <input type="checkbox"/> 口の中の違和感、唇の腫れ <input type="checkbox"/> くしゃみ・鼻水・鼻づまり	<input type="checkbox"/> まぶたの腫れ <input type="checkbox"/> 顔全体の腫れ	
消化 器 症状	<input type="checkbox"/> 軽い（我慢できる程度の）腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気	<input type="checkbox"/> 我慢できないおなかの痛み <input type="checkbox"/> 1, 2回の嘔吐 <input type="checkbox"/> 1, 2回の下痢	<input type="checkbox"/> 持続する我慢できない腹痛 <input type="checkbox"/> 繰り返しの嘔吐
呼吸 器 症状	<input type="checkbox"/> 数回の軽い咳		<input type="checkbox"/> 喉や胸がしめつけられる <input type="checkbox"/> 声がかすれる <input type="checkbox"/> 息のしずらさ <input type="checkbox"/> 犬が吠えるような咳 <input type="checkbox"/> ゼーゼーする呼吸
全身 症状			<input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 意識朦朧 <input type="checkbox"/> 脈が触れにくいまたは不規則 <input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い

### 処方薬管理票（教育・保育施設管理）

受領日時	年   月   日	受領者名	
与薬日時	年   月   日	時   分	
与薬者名			
返却日時	年   月   日	返却者名	

----- 切取線 -----

お薬を与薬しましたので連絡します。

子ども氏名		薬品名	
与薬日時	年   月   日	時   分	
与薬者名			