

佐倉市食物アレルギー与薬依頼書【保護者記載】


令和 年 月 日記載

クラス名	歳児クラス				ぐみ
フリガナ こども氏名					男・女
生年月日	年	月	日	歳	
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				
	4				
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 令和 年 月 日				
与薬のときの注意点					
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 令和 年 月 日 保護者名					
* 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。					

【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。

こども氏名		薬品名	
与薬日時	年 月 日	時 分	
与薬者名			