

佐倉市食物アレルギー与薬依頼書【保護者記載】

年 月 日記載

クラス名	歳児クラス				ぐみ
子ども氏名 <small>フリガナ</small>	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 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 <div style="text-align: right;">年 月 日 保護者名 印</div>					
* 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。
・注意点は特にはないですが、すぐに飲ませてください。

