

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