

重症アレルギー詳細シート

(アナフィラキシーショックにつながりうる重症アレルギー)

生徒氏名		所属 幼稚園/小学校/中等部/高等部 年	記載日 / /
保護者氏名		住所	
電話番号		職場連絡先	
緊急連絡先氏名,電話番号 1		緊急連絡先氏名,電話番号 2	
保険会社名	policy holder保険契約者	保険番号	指定救急病院

対象アレルギー (アナフィラキシーショックになりうるレベル)
症状
エピネフリン製剤 (エピペン等) は 子供のバッグに携帯させていますか? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
(参考として) 所持薬 (経口薬、吸入薬、エピネフリン製剤) (1回当たりの具体的な投与量も記載してください)

アナフィラキシーショック発生時に周囲にいる大人が エピネフリン製剤を注射することを許可しますか Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
該当生徒もしくはその保護者が投与することが原則ですが どうしても間に合わず周囲に投与できる大人がいる場合に限りです。

Yesの時は別紙「免責に関する同意書」「FARE Care Plan Sheet」提出が必要です。

[FARE Care Plan Sheet]:

Food Allergy Research & Educationが作成・公表しているAnaphylaxis Emergency Care Plan
担当医のサインが必要

教師に提出してください。確認・コピー後に返却しますので、生徒のカバンの中に常に携行させてください。

(免責に関する同意書、FARE Care Plan Sheetも同様)

処方内容の変更等がある場合、速やかに最新の情報を記載した重症アレルギー詳細シートを再提出してください。

このシートは毎年4月に再提出してください (免責に関する同意書、FARE Care Plan Sheetも同様)。