

アレルギー対応票

作成日 平成 年 月 日

会員番号	氏名(保護者)
氏名(子ども)	生年月日

アナフィラキシーショックの経験の有無

いいえ はい(回数: 回・最後の発症: 年 月・原因:)

※アナフィラキシーのお子さんへのお食事・おやつ等の対応はできません。

主治医

医療機関名・診察科名	主治医名
住所	電話番号

原因食品と摂取後の症状

例) 卵白…顔～全身の湿疹

食物アレルギー以外のアレルギーについて (ペットアレルギー等)

家庭での食事・外食・おやつについての除去方法・食事への対応内容と献立例

例) 卵…完全除去 *完全除去か摂取可をご記入ください

サポート中における留意点

緊急時の対応

その他伝えておきたい事

《利用会員さんへ》

サポート前にこの用紙のコピーを協力会員さんへお渡しします。
変更等ありましたら、速やかにセンターへ連絡し、ご記入ください。
FAXでも構いません。安全にサポートが出来るよう、ご協力お願いいたします。

《協力会員さんへ》

この用紙に記載された情報について、会員には秘密厳守が課せられています。
ファミリー・サポート・センターの活動以外には利用しないでください。
この用紙の保管には厳重に注意し、必要がなくなったら会員の責任のもと返却してください。

ファミリー・サポートの援助及び緊急時の対応に活用するため、記載された内容を
社会福祉協議会職員・協力会員で共有することに同意します。

保護者署名 _____

昭島市ファミリー・サポート・センター

〒196-0015 昭島市昭和町 4-7-1 保健福祉センター「あいぼっく」2階
社会福祉法人 昭島市社会福祉協議会
電 話 042-544-0388 ファックス 042-543-0003

