（例）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 確認欄 | 校長 | 教頭 | 養護教諭 |
|  |  |  |

平成　　年度　学校・園におけるアレルギー疾患の児童生徒一覧表　　　　　　　　　　　　　　　　№

（平成　年　　月　　年現在）　　　　　　　　　　　　　　学校

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  1 | 年　　　組　　児童生徒氏名　　　　　　　　　　　　　　　　（　男　　女　） | | 担任印 |
| 緊急連絡先  自宅 | 診断名  エピペン処方の有無（　有　　　無　） |
| かかりつけ医療機関  医療機関名  主治医名  電話番号 | 協力医療機関 |
| №  ２ | 年　　　組　　児童生徒氏名　　　　　　　　　　　　　　　　（　男　　女　） | | 担任印 |
| 緊急連絡先  自宅 | 診断名  エピペン処方の有無（　有　　　無　） |
| かかりつけ医療機関  医療機関名  主治医名  電話番号 | 協力医療機関 |

平成　　年度　学校・園におけるアレルギー疾患の児童生徒一覧表　　　　　　　　　　　　　　　　№

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  ３ | 年　　　組　　児童生徒氏名　　　　　　　　　　　　　　　　（　男　　女　） | | 担任印 |
| 緊急連絡先  自宅 | 診断名  エピペン処方の有無（　有　　　無　） |
| かかりつけ医療機関  医療機関名  主治医名  電話番号 | 協力医療機関 |
| №  ４ | 年　　　組　　児童生徒氏名　　　　　　　　　　　　　　　　（　男　　女　） | | 担任印 |
| 緊急連絡先  自宅 | 診断名  エピペン処方の有無（　有　　　無　） |
| かかりつけ医療機関  医療機関名  主治医名  電話番号 | 協力医療機関 |
| №  ５ | 年　　　組　　児童生徒氏名　　　　　　　　　　　　　　　　（　男　　女　） | | 担任印 |
| 緊急連絡先  自宅 | 診断名  エピペン処方の有無（　有　　　無　） |
| かかりつけ医療機関  医療機関名  主治医名  電話番号 | 協力医療機関 |