（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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　1.
2.
 | 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　1.
2.
 | 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　1.
2.
 | 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　1.
2.
 | 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　1.
2.
 | 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 |