

	校長	教頭	養護教諭
確認			

令和 年度 学校・園におけるアレルギー疾患の児童生徒一覧表

No. \_\_\_\_\_

(令和 年 月 年現在) \_\_\_\_\_ 学校

No.	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	
No.	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	

No.  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	
No.  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	
No.  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	