

## 就学時健康診断での相談内容

参考資料 御活用下さい

受付番号

令和 年 月 日 作成

相談担当者名

配布書類

管指・取組・緊急時

□他校受診 受診校 ( )

※太線の中の記入をお願いします。

ふりがな			入学予定校 (通知に記載 の学校名)	
氏名		男・女		
保護者連絡先				
主治医				
アレルギー症状を 誘発する食品	原因食品	症状		
アナフィラキシー	有 ・ 無 ↓			
	原因食品	症状	時期	
			年 月	
			年 月	
			年 月	
			年 月	
			年 月	
エピペン	有 ・ 無 ↓			
	処方時期	年 月		
幼稚園・保育園名				
幼稚園または保育園での対応				住所 氏名 TEL
備考				