

No					
年 組	年 組	年 組	年 組	年 組	年 組
児童生徒 氏 名					
原因食品					
症 状	<input type="checkbox"/> 皮膚症状 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 運動誘発性	<input type="checkbox"/> 皮膚症状 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 運動誘発性	<input type="checkbox"/> 皮膚症状 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 運動誘発性	<input type="checkbox"/> 皮膚症状 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 運動誘発性	<input type="checkbox"/> 皮膚症状 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 運動誘発性
アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
症状が出た時の対応	<input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> その他
給食の対応	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
特記事項					