

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