令和　　　年　　　月　　　日

鳥取県東部広域行政管理組合消防局長

鳥取中部ふるさと広域連合消防局長　　様

鳥取県西部広域行政管理組合消防局長

学校名

学校長　　　　　　　　　　　　　　　印

緊急を要する児童生徒の対応について（お願い）

次の児童生徒は、食物アレルギーにおいて、重篤な症状を持つと医師の診断が出ています。

緊急時に備え、事前に情報提供いたしますので、適切な対応をよろしくお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 児童生徒名（フリガナ） |  |
| 住所 |  |
| 性別 | 男　　　　・　　　女 |
| 生年月日 | 平成・令和　　　　年　　　　月　　　　日　　生 |
| エピペン®保有の有無 | 有　　　　・　　　無 |
| 原因となる食物 |  |
| 主な症状 |  |
| 過去のアナフィラキシー症状の発症歴  （年齢・原因・症状等） |  |
| かかりつけ医療機関 | 医療機関名：  診療科：  医師名：  電話： |
| 緊急時の収容先医療機関 | 医療機関名：  診療科：  医師名：  電話： |
| 緊急時に推奨する処置  （エピペン投与を必要とする　等） |  |

緊急時の対応に備え、事前に消防署へ上記内容について情報提供することに同意します。

保護者の署名又は記名押印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（緊急連絡先：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）