

## アレルギー対応内容確認書

令和 年 月 日  
学 校

学校長

「アレルギー疾患」について、以下のとおり対応いたします。

1. 児童・生徒氏名 ..... 年 組 氏名  
男・女 ( 年 月 日生)
2. アレルゲンの種類
3. 対応内容

4. 対応期間（最長1年） 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

5. その他

- ・上記期間中であっても必要に応じ、見直しを行う。
- ・対応期間は原則最長1年とし、年度当初に学校保護者間で内容の確認を行うものとする。
- ・対応を継続する場合は、内容の変更の有無に関わらず、その時点での「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」による医師の診断のもと、本状による対応内容の確認を毎年度当初に行うものとする。

※以下のどちらかに○をつけてください。

学校における日常の取組み及び緊急時の対応に活用するため、

1. 上記内容を教職員全員で共有することに同意する。
2. 上記内容を教職員全員で共有することに同意しない。

令和 年 月 日  
以上、確認しました。 保護者氏名： \_\_\_\_\_ 印

学校長 \_\_\_\_\_ 印