様式　４

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