

アレルギーを抱える生徒

Students with allergies

本用紙は、アレルギーを抱える生徒の保護者が英語で記入し、学校長もしくは代理の幹部職員宛に返送していただくことになっています。最初の二つの欄は学校側が記入します。本情報を収集する目的は、重度のアレルギー反応のリスクを抱える生徒を特定することです。本用紙にて提供される情報は、アレルギーを持つ生徒に関していかなる措置が必要であるかを学校が判断するのに役立てられます。

保護者の方へ

生徒氏名: _____
 School to insert name of student

あなたはあなたのお子さんが下記のアレルギーを抱えていることを通知しました。

_____ School to insert the allergy/allergies that have been identified by the parent/carer

以下の質問に答えて、学校長もしくは代理の幹部職員宛に返送して下さい。

1. 医師が私の子供が抱えていると診断したアレルギーは:

虫刺され (Insect sting/bite)
 具体名: _____

薬物 (Medication)
 具体名: _____

食品 (Food):
 「有」か「無」のどちらかの欄に印を付けて下さい

	有 (Yes)	無 (No)
• ピーナッツ (Peanuts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ナッツ類 (Nuts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ナッツ類に「有」と答えた場合はその具体的な種類を記入して下さい

Type/s of nut/s _____

• 魚 (Fish)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 甲殻・貝類 (Shellfish)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 大豆 (Soy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 胡麻 (Sesame)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 小麦 (Wheat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 牛乳 (Milk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 卵 (Egg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

上記に記載されていない食品の場合は、具体的に記入して下さい:

Other type of food _____

ラテックス (Latex)

その他のアレルギーの場合は、具体的に記入して下さい:
 Other allergy _____

Anaphylaxis Procedures for Schools Appendix 1

「はい」か「いいえ」のどちらかの欄に印をつけて下さい

はい (Yes) いいえ (No)

- | | | | |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| 2. | 私の子供は重度のアレルギー反応で入院したことがある
My child has been hospitalised with a severe allergic reaction | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | 私の子供はアドレナリン自己注射器を処方されたことがある
(EpiPen® または Anapen®)
My child has been prescribed an adrenaline autoinjector
(EpiPen® or Anapen®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | 私の子供にはアナフィラキシー用のASCIA Action Plan ¹ がある
My child has an ASCIA Action Plan for Anaphylaxis ¹
(「はい」の場合には同書類を本用紙に添付して返送して下さい) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

記入者(あなたの氏名をここに記入して下さい): _____
Name of parent/carer

保護者署名: _____
Signature of parent/carer

日付: _____
Date

¹お子さんが新しいアドレナリン自己注射器の処方を受ける毎に、医師は更新したASCIA Action Plan for Anaphylaxisを発行します。同プランを学校に提出しておくことが重要です。