

FichadeConfirmaçãoSobreDoençasAlérgicas

Série _____年, Turma _____組, N° _____ Nome da criança _____

Nome do chefe familiar _____ carimbo _____

◆ Favor marcar com ○ no local correspondente de ① a ③.

() ① Não há nenhuma doença alérgica.

() ② Há seguinte doença alérgica. Como atualmente não precisa das medida tomadas nem há restrição, caso precise, apresentarei a Ficha de Administração e Orientação (*Kanri Shidou Hyou*).

() ③ Gostaria que tomasse medidas especiais pela Ficha de Administração e Orientação (*Kanri Shidou Hyou*) por causa da seguinte doença alérgica.

◆ Caso tenha doença alérgica (**Aqueles que marcaram no item ② ou ③**), favor escrever abaixo.

Marcar na correspondente	alergia	Alergênio O que causa (Caso saiba)	Medidas tomadas necessárias na escola	Medidas tomadas numa emergência	Auto-administração
Ex) Alergia a comida	○	Ovo Leite	Levo a comida em troca. Preciso da lista dos ingredientes da merenda escolar Não dê leite.	Precisa levar até o hspital Hospital _____	Possível Impossível
Asma brônquica					Possível Impossível
Dermatite atópica					Possível Impossível
Conjuntivite alérgica					Possível Impossível
Alergia a comida					Possível Impossível
Anafilaxia Abelha ou outro					Possível Impossível
Rinite alérgica					Possível Impossível
Outro ()					Possível Impossível