

食物アレルギー対応給食申請兼承認書

令和 年 月 日

保護者名

児童名		生年月日	平成・令和 年 月 日
医療機関	医療機関名		
	主治医名	電話番号	
症状 (○で囲む)	診断年月日 平成 年 月 日		
	ショック ・ 呼吸困難 ・ 咳き込む ・ 嘔吐 ・ じんましん ・ 湿疹 ・ 痒み その他()		
	アナフィラキシーショックの既往歴 有 ・ 無		
原因食品 (○で囲む)	発症時 平成 年 月 日		
	原因		
	・卵類 (鶏卵 ・ うずら卵)		
	・乳製品 (脱し粉乳 ・ 牛乳 ・ ヨーグルト ・ バター ・ 生クリーム ・ チーズ)		
	・小麦類 (小麦 ・ パン ・ マカロニ ・ スパゲッティ ・ うどん ・ そうめん)		
	・豆類 (大豆 ・ おから ・ 豆腐 ・ きなこ ・ 醤油 ・ 味噌 ・ 枝豆 ・ ごま ピーナッツ ・ 納豆 ・ 油揚げ ・ もやし ・ グリンピース ・ 豆乳 ・ あずき)		
薬の使用 (○で囲む)	・加工品その他 (マヨネーズ ・ かまぼこ ・ はんぺん ・ ハム ・ ウィンナー クッキー類 ・ クリームパウダー ・ ホエイパウダー ・ お麩 ・ 餃子の皮 しゅうまいの皮 ・ 市販のルウ)		
	※他にあれば書き足してください。()		
添付書類	無		
	有 (薬品名)		
備考欄 (園記入)	保育園に投薬依頼する薬		
	無		
保護者緊急 連絡先	有 (薬品名)		
	医師の指示書 アレルギー検査報告書		
t e l (自宅 ・ 会社 ・ その他)			
t e l (自宅 ・ 会社 ・ その他)			

令和 年 月 日

上記の申請内容を確認し、アレルギー対応給食を承認します。

つくばきらり保育園 花沢 紀子 印