

食物アレルギー対応給食申込書

平成 年 月 日

保護者名

児童名			生年月日	平成	年	月	日
医療機関	医療機関名						
	主治医名		電話番号				
	診断年月日	平成	年	月	日		
症状 (○で囲む)	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				
	発症時	平成	年	月	日	原因	
原因食品 (○で囲む)	・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)						
	・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。()						
薬の使用 (○で囲む)	無						
	有 (薬品名						
	保育園に投薬依頼する薬						
	無						
	有 (薬品名						
添付書類	医師の指示書		アレルギー検査報告書				
備考欄 (園記入)							
保護者緊急 連絡先	t e l		(自宅 ・ 会社 ・ その他				
	t e l		(自宅 ・ 会社 ・ その他				

★半年に一度受診し、変更がなくても確認のためこの申込書を必ず提出してください。