

# 食物アレルギー対応給食申込書

令和 年 月 日

保護者名

児童名		生年月日	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	令和 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	令和 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。