

給食用 食物アレルギー連絡票

氏名		生年月日	年 月 日生	歳 ヶ月
住所			性別	男 ・ 女

◇病名
◇以下の食品の除去をお願いします。(該当する食品に○：()内に摂取時の症状を記入して下さい)
卵 <すべて除去・少量は可> ()
牛乳<すべて除去・少量は可> ()
小麦<すべて除去・少量は可> ()
大豆<すべて除去・少量は可> ()
その他(食品名) ()
(備考：調味料の使用について不可のものに○ 醤油・味噌・油)
◇アナフィラキシー症状の既往(該当する項目に○)
1. あり 2. なし
「あり」の場合：原因食品()
発生年月日 平成 年 月
◇保育園における除去食及び代替え食品の対応法
◇原因食物摂取時に症状が出現した場合の対処法
◇今後の方針(食物制限の期間など)

医療機関名		印	
医師名	印		