

食 物 ア レ ル ギ ー 申 請 書

申請日 年 月 日

上記内容について除去食の診断書と
除去食確認票を添えて下記のように依頼します。

保育園

児 童 氏 名		生年月日	平成・令和 年 月 日 歳
保 護 者 氏 名	印	電話番号	
		緊急連絡先	
住 所			
主 治 医	病院名() 主治医名()	(変 更 月) (年 月)	
	電話番号()		
検 査 等	初 診 年 月 [食物アレルギー疾患用生活管理指導表での提出→最低年1回の受診後再提出 除去食の依頼書での提出→最低6ヶ月に1回程度の受診後再提出] ※定期的な受診予定[1ヵ月後・3ヶ月後・6ヶ月後・1年後・その他()]		
除 去 食 品	食物によるアナフィラキシーショックを起こした事が (ある 年 月 ・ ない)		
症 状			
病院・家庭での 処置や対応			
服 薬	(年 月 日)から服用		
	薬 名 :		
	飲み方 :		
食 事 制 限 の 期 間	今後 3ヶ月 ・ 6ヶ月 ・ 1年くらい ・ 2年くらい ・ その他()		

緊 急 時 の 対 応	A	1、母 (Tel)、父(Tel)、又は()へ連絡 ↓
		2、()病院の()医師 (Tel)へ連絡
	B	1、 <u>すぐに救急車(119)を呼び、医療機関に運ぶ</u> ↓
	ひどい腫れ や呼吸困難 などの強い 反応の場合	2、母 (Tel)、父(Tel)、又は()へ連絡 ↓
		3、()病院の()医師 (Tel)へ連絡 ↓
		4、その他

※ こちらの面には記入しなくて良いです。

(記入時は日時を記載する事)

※ 保護者との 協議内容	
※ 給食実施状況 (調理方法の確 認、保育者との 確認及びその他 配慮する点)	
※ その後の経過	