

# 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  | 令和 年 月 日 歳     |
| 保 護 者 氏 名        |                                                   | 電話番号  |                |
|                  |                                                   | 緊急連絡先 |                |
| 住 所              |                                                   |       |                |
| 主 治 医            | 病院名( ) 主治医名( )                                    |       | 変 更<br>( 年 月 ) |
|                  | 電話番号( )                                           |       |                |
| 検 査 等            | 定期的な受診予定[ なし ・ あり → 次回受診予定( ) ]<br>※年1回程度の更新が必要です |       |                |
| 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<br>( ある 年 月 ・ ない )       |       |                |
| 症 状              |                                                   |       |                |
|                  |                                                   |       |                |
|                  |                                                   |       |                |
|                  |                                                   |       |                |
| 病院・家庭での<br>処置や対応 |                                                   |       |                |
|                  |                                                   |       |                |
|                  |                                                   |       |                |
|                  |                                                   |       |                |
| 服 薬              | ( 年 月 日 ) から服用                                    |       |                |
|                  | 薬 名 :                                             |       |                |
|                  | 飲み方 :                                             |       |                |

## 症 状 が 出 た 場 合 の 連 絡 先

母 (Tel: )、父 (Tel: )  
又は(名前: Tel: ) へ連絡

※かかりつけ医の情報

病院名 ( ) (Tel: )  
( ) 医師

※ 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 )

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