アレルギー除去申請書

下記の者は食物アレルギーのため、次の食品の除去が必要です。

【 初診・再診（□従来通り □除去食を中止 □一部指示を変更する）】

園児名　　生年月日

保護者氏名　　緊急連絡先

1. 主な症状（　　）

2. 除去が必要な食品と具体的な除去の程度に○をつけ必要に応じて記入をお願いします。

除去が必要な食品	除去の程度		その他の注意事項
卵	完全除去	つなぎ・菓子類は可	
牛乳	完全除去	乳製品は可 つなぎは可	
大豆	完全除去	味噌・しょうゆは可	
えび・かに	完全除去	エキスのみ可	
背の青い魚	完全除去		
そば	完全除去		
小麦粉	完全除去	味噌・しょうゆは可	
ピーナッツ	完全除去		
その他（　　）	完全除去		

3. その他食事に関する注意事項

（　　）

4. アナフィラキシー症状の既往（該当する項目に○を付けて下さい）

あり　　なし

「あり」の場合：原因食品＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿発生年月　　年　　月

【食物アレルギー病型】

（　　）即時型　　（　　）食物アレルギーの関与するアトピー性皮膚炎

（　　）口腔アレルギー症候群　　（　　）食物依存性運動誘発アナフィラキシー

5. 原因食物接種時に症状が出現した場合の対応方法(該当する項目に○)

①内服薬 (＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿)

②注射 (エピペン 0.3mg ・ 0.15mg)

③医療機関受診　　受診先医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　　－　　－

令和　　年　　月　　日　　医療機関名

電話番号