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