

食物除去依頼書

開始 ・ 変更 ・ 継続 (該当するものに○を記入してください)

平成 年 月 日

保護者氏名

印

園 名	保育園	園 児 名	
クラス名		生年月日	平成 年 月 日
治療を受けている医療機関	主治医名:		
医療機関所在地	Tel		
上記医療機関の休診時や緊急時の受入ができない場合 対応・受入可能な医療機関	医療機関名 所在地	主治医名 Tel	
緊急連絡先 (保護者等)	氏名: 氏名:	園児との関係: 園児との関係:	Tel Tel
除去が必要な期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日		

◆ アナフィラキシーの既往歴(該当するものに○をつけてください)

・ あり ・ なし

◆ アレルギー症状が出るまでの時間

摂取後 () 分

◆ アレルギー症状(該当するものに○をつけてください)

・じんましん	・皮膚のあかみ	・かゆみ	・唇や口腔内の腫れ	・瞼の腫れ
・鼻水	・咳	・腹痛	・嘔吐	・下痢
・息苦しさ	・チアノーゼ	・けいれん	・ぐったりする	・機嫌が悪くなる
・その他 (
)				

◆ 誤って食べてしまったときや、アレルギー症状が出たときの手当て

◆ その他連絡事項