

## 除去食依頼書（新規・継続）

令和 年 月 日

認定こども園 まなびや園 園長様

医師名

印

児童名		生年月日	平成 令和	年	月	日
医療機関	医療機関名 電話					
症状 (○で囲む)	・ショック ・呼吸困難 ・咳き込み ・嘔吐 ・じんましん ・湿疹 ・かゆみ ・その他( )					
	アナフィラキシーショックの既往歴 ( 有 ・ 無 ) 年月日 年 月 日 原因 ( )					
原因食品 (○で囲む)	卵 乳 小麦 大豆 その他 ( )					
薬の使用 (○で囲む)	無 有 ( 薬品名 )					
	園に投薬以来する薬 無 有 ( 薬品名 )					
	園に保管する薬 無 有 ( 薬品名 )					
添付書類	・ 医師指示書 ・ 食物アレルギーチェック表 (様式2)					
備考欄 (※園記入)						

保護者名

印

## 食物アレルギーチェック表

児童名		医師名	生年月日	
		印	平成 令和                      年    月    日	
卵 (            )	(    )	生卵	※ 調理法や調味料等、 具体的に記入して下さい。 例)〇〇メーカーのマヨネーズ なら食べても良い                      等	
	(    )	マヨネーズ		
	(    )	卵料理		ゆで卵、卵焼き、オムレツ、かきたま汁
	(    )	卵入り料理		フライ、天ぷら等のつなぎ
	(    )	卵入り菓子①		フレンチトースト、プリン
	(    )	卵入り菓子②		カステラ、ケーキ、クッキー、卵ポーロ、 ホットケーキ、パン類
	(    )	卵加工品		かまぼこ、ちくわ、さつま揚げ、ハム
牛乳・乳製品 (            )	(    )	牛乳、育児用ミルク	例)シチューに入っている 牛乳なら良い	
	(    )	乳製品		バター、ヨーグルト、カルピス、チーズ
	(    )	牛乳入り料理		ポタージュ、シチュー、生クリーム(加熱)
	(    )	牛乳入り菓子		ケーキ、アイスクリーム、クッキー、パン
	(    )	加工品		ハム、ルー、マーガリン
大豆 (            )	(    )	大豆		
	(    )	大豆製品、加工品		豆腐、納豆、おから、きな粉、 大豆由来の乳化剤を使用した食品(菓子など)
	(    )	大豆油		大豆油、サラダ油、コーン油等市販油
	(    )	豆類		もやし、いんげん、グリーンピース、金時豆、あずき
	(    )	調味料		味噌、醤油
小麦 (            )	(    )	麺類		
	(    )	小麦粉入り菓子、加工品		クッキー、ケーキ、パン、麩、ルー
	(    )	調味料		味噌、醤油
	(    )	その他		大麦、麦茶

※ その他 卵、乳、大豆、小麦以外にアレルギー対応が必要な場合はご記入下さい。

その他 (            )		
-----------------------	--	--

保護者名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

令和                      年    月    日