

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