アレルギー連絡表

提出日:　　年　　月　　日

氏名		生年月日	年　月　日生　歳　ヶ月		
住所				性別	男　・　女

◇病名・診断名
◇以下の食品の除去をお願いします。(該当するものに　〇　:()に摂取した時の症状を記入してください)
卵　＜すべて除去・少量は可＞　(　　) 牛乳　＜すべて除去・少量は可＞　(　　) 小麦＜すべて除去・少量は可＞　(　　) 大豆　＜すべて除去・少量は可＞　(　　) その他（食品名　　）　(　　) （食品名　　）　(　　) (備考:調味料の使用について不可のものに〇　醤油・味噌・油・ケチャップ・ソース・マヨネーズ・みりん・ほんだし・片栗粉)
◇アナフィラキシー症状の既往歴（該当する項目に〇）
1.　あり　　2.　なし 「あり」の場合　:　原因食品（　　） 発生日　:　　年　　月頃
◇保育園における除去食および代替え食品の対応法
◇アレルギー反応の初期症状 (アレルギー反応が出現したときに確認できることや出やすい部位など)
◇アレルギー反応症状が出現した場合の対処法
◇今後の方針 (食物制限の期間など)

医療機関名		TEL	
医師名	印　または サイン		

注意:除去食の開始にあたっては、下記の書類を保育園まで提出してください。
①アレルギー連絡票 (医師の診断に基づく記入が必須)　②アレルギーの度合いを示す根拠となる書類 (アレルギー判定検査結果 等)