保育園給食除去依頼書

申　請　日　　年　　月　　日

保護者住所

保護者氏名　　印

記入者　（　　）

児童名	（男・女）	生年月日	
①診断 〈血液検査　有・無〉 〈食物負荷試験　有・無〉	診断名		
	医療機関		
	主治医		
	診断日：　　年　　月　　日	発症日：　　歳　　ヶ月	
	診断経緯をわかる範囲でご記入ください。		
②症状 該当箇所に丸印をつけ、特記事項等あれば記入してください。	皮膚粘膜症状(蕁麻疹・湿疹等)、消化器症状(下痢・嘔吐等)、呼吸器症状(鼻づまり・喘息等)、全身症状(アナフィラキシーショック等)、食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎、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 （特記事項）		
	アナフィラキシーショックの既往歴　　無　・　有 （緊急時の対応）		
③薬の服用	内服薬：　無　・　有（薬品名　　）		
	外用薬：　無　・　有（薬品名　　）		
	エピペン：　無　・　有		
④原因食品	食品名 〔　　〕		
⑤食事制限期間	今後６ヶ月　・　１年位　・　その他(　　)		
⑥医療機関への受診	１ヶ月後　・　３ヶ月後　・　６ヶ月後　・　１年後 （※毎年少なくとも1回以上は必ず受診し、治療方針について確認を行っていただきます。）		
⑦備考 （現在の状況等）			