

# 主治医の先生へ

下記児童のやしおエンゼル保育園での食物アレルギー除去食について、指示書のご記入をお願いいたします。

## 食物アレルギーの除去食指示書

年 月 日

園児名 \_\_\_\_\_ 平成・令和 年 月 日生

医療機関名  
電話番号  
担当医師名

以下について該当するものに印または記入をお願いいたします。うえ

1 誤って除去の指示があった食品を食べた時に起こる可能性の高い症状はなんですか。

- (1) 皮膚症状 ( 発疹 かゆみ 蕁麻疹 )  
 (2) 消化器症状 ( 嘔吐 下痢 )  
 (3) 喘息発作 ( 咳 ⇒呼吸困難 )  
 (4) アナフィラキシー症状 ( 有 無 )  
 (5) その他 ( \_\_\_\_\_ )

2 投薬の有無

- (1) 内服薬 ( 有 無 ) 有の場合：薬品名 ( \_\_\_\_\_ )  
 (2) 自己注射 (エピペン® 0.3 mg ・ 0.5 mg )

3 除去する食品

卵アレルギー	牛乳アレルギー	小麦アレルギー	大豆アレルギー
<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 生卵のみ除去 マヨネーズ (可・不可) アイスクリーム (可・不可)	<input type="checkbox"/> 完全除去 代替 ・ミルフィ ・MA-me ・MA-1 ・エレメンタルフォーミュラ	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 調味料 醤油 (可・不可)	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 調味料 味噌 (可・不可) 醤油 (可・不可) 大豆油 (可・不可)
(その他の除去食品) <input type="checkbox"/> ピーナッツ類 <input type="checkbox"/> その他の豆類 (小豆、いんげん豆等) <input type="checkbox"/> 鶏肉 <input type="checkbox"/> 魚類 <input type="checkbox"/> その他の食品 ( _____ )			
(備考)			

有効期間 (6カ月・12ヶ月) 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

上記の指示書のとおり、保育園での給食の除去対応をお願いします。

保護者名 \_\_\_\_\_ 印

クラス名 \_\_\_\_\_ ぐみ 名 前 \_\_\_\_\_