

アレルギー除去申請書

下記の者は食物アレルギーのため、次の食品の除去が必要です。

児童氏名 _____ (男 ・ 女) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. アレルゲン _____

2. 除去が必要な食品と具体的な除去の程度に○をつけ必要に応じて記入をお願いします。

除去が必要な食品	除去の程度		摂取時に表れたことがある症状
卵	完全除去 卵白のみ除去 生卵のみ除去	つなぎ・菓子類は可	
牛乳	完全除去	乳製品は可	
大豆	完全除去	味噌・しょうゆは可 大豆油は可	
えび・かに	完全除去	エキスのみ可	
背の青い魚	完全除去		
そば	完全除去		
小麦粉	完全除去	味噌・しょうゆは可	
ピーナッツ	完全除去		
その他 (_____)	完全除去		

3. その他食事に関する注意事項

(_____)

4. アナフィラキシー症状の既往 (該当する項目に○を付けて下さい)

あり なし

「あり」の場合：原因食品 _____ 発生年月 _____ 年 _____ 月

5. 原因食物摂取時に症状が出現した場合の対応方法 (該当する項目に○)

1. 内服薬 (_____)
2. 自己注射薬 (エピペン® 0.15mg ・ 0.3mg)
3. 医療機関受診

6. 本指示書の内容に関して6か月後に再評価が必要です。

年 _____ 月 _____ 日 医療機関名

電話番号

医師名

Ⓜ