

食物アレルギー対応給食申請書兼承認書

みつばキラリ園 園長 様

次のとおり食物アレルギー対応給食を申込みます。

令和 年 月 日

保護者名 ㊟

| | | | |
|---|---|------|-------------|
| 園児名 | | 生年月日 | 平成・令和 年 月 日 |
| 医療機関 | 医療機関名 | | |
| | 主治医名 | | 電話番号 |
| 症状 | 診断年月日 平成・令和 年 月 日 | | |
| | ショック ・ 呼吸困難 ・ 咳き込む ・ 嘔吐 ・ じんましん ・ 湿疹 ・ 痒み その他() | | |
| | アナフィラキシーショックの既往歴 | | 有 ・ 無 |
| 原因食品 | 発症時 平成・令和 年 月 日 | | |
| | 原因 | | |
| | ・卵類 (鶏卵 ・ うずら卵) ・魚卵 () | | |
| | ・乳製品 (脱脂粉乳 ・ 牛乳 ・ ヨーグルト ・ バター ・ 生クリーム ・ チーズ) | | |
| | ・小麦類 (小麦 ・ パン ・ マカロニ ・ スパゲッティ ・ うどん ・ そうめん) | | |
| | ・豆類 (大豆 ・ おから ・ 豆腐 ・ きなこ ・ 醤油 ・ 味噌 ・ 枝豆 ・ ごま ピーナッツ ・ 納豆 ・ 油揚げ ・ もやし ・ グリンピース ・ 豆乳 ・ あずき) | | |
| ・加工品その他 (マヨネーズ ・ かまぼこ ・ はんぺん ・ ハム ・ ウィンナー クッキー類 ・ クリームパウダー ・ ホエイパウダー ・ お麩 ・ 餃子の皮 しゅうまいの皮 ・ 市販のルー) | | | |
| ・その他 () | | | |
| 薬の使用 | 無 | | |
| | 有 (薬品名 | | |
| 保護者緊急 連絡先 | 保育園に投薬依頼する薬 | | |
| | 無 | | |
| 備考欄 | 有 (薬品名 | | |
| | TEL① | | |
| TEL② | | | |

※園記入

上記の申請内容を確認し、食物アレルギー対応給食を承認します。

令和 年 月 日

みつばキラリ園 園長 助川 貴代美 ㊟