

# 食物アレルギー対応給食申請書 ( 新規 ・ 継続 )

提出日 年 月 日

社会福祉法人 二希会 アイリス保育園

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

1 食物アレルギーに関する給食での対応について、下記の必要書類を添えて申請します。

ふりがな			性別	男 ・ 女
園児氏名				
生年月日	年	月	日 ( 歳 ヶ月)	クラス
	歳児クラス			
住所	〒 _____ Tel ( _____ ) _____			
緊急連絡先 氏名・続柄・Tel	①	氏名 (続柄: _____)	携帯 _____	
	②	氏名 (続柄: _____)	携帯 _____	
	③	氏名 (続柄: _____)	携帯 _____	

- 添付書類 (必須)
- アレルギー疾患生活管理指導表 (食物アレルギー用)

2 これまでの食物アレルギーの経過及び受信医療機関

●アレルギーと摂取時に経験した症状

アレルギー	摂取時に経験した症状	発症確認時期
<input type="checkbox"/> 鶏卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 [ _____ ]	<input type="checkbox"/> 未摂取またはIgE抗体陽性による除去のため、症状の経験なし <input type="checkbox"/> 発赤、じんましん <input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、唇・顔の腫れ <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 咳、喘鳴などの呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> アナフィラキシー <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	年 月 日 頃
<input type="checkbox"/> 鶏卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 [ _____ ]	<input type="checkbox"/> 未摂取またはIgE抗体陽性による除去のため、症状の経験なし <input type="checkbox"/> 発赤、じんましん <input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、唇・顔の腫れ <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 咳、喘鳴などの呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> アナフィラキシー <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	年 月 日 頃
<input type="checkbox"/> 鶏卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 [ _____ ]	<input type="checkbox"/> 未摂取またはIgE抗体陽性による除去のため、症状の経験なし <input type="checkbox"/> 発赤、じんましん <input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、唇・顔の腫れ <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 咳、喘鳴などの呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> アナフィラキシー <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	年 月 日 頃
<input type="checkbox"/> 鶏卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 [ _____ ]	<input type="checkbox"/> 未摂取またはIgE抗体陽性による除去のため、症状の経験なし <input type="checkbox"/> 発赤、じんましん <input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、唇・顔の腫れ <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 咳、喘鳴などの呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> アナフィラキシー <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	年 月 日 頃

