

# アレルギー食指示書

令和 年 月 日

保育園名 保育園

保護者名 印 Tel

園児名 男・女 ( 歳 ヶ月)

症状(病歴など詳しくお書きください。アナフィラキシーショックについても過去あった場合は必ずお書きください。)

検査方法および結果

投薬 有 (インターールその他) 無

アレルゲン

除去期間 \*指示書は半年ごとに更新をお願いします。

除去内容 除去するものに○をつけてください。

たまご	鶏肉 全卵 魚卵(ししゃも) マヨネーズ 卵を含む食品全般(パン類 菓子類 練り製品など)
牛乳	牛肉 牛乳 加熱牛乳 乳製品(バター ヨーグルト スキムミルク マーガリンなど)
大豆	大豆 豆製品 調味料類(しょうゆ みそ 大豆油)
魚介類	白身魚 青魚 エビ イカ カニ 貝類 だし汁 かつお節 しらす干し
その他	小麦 ごま 香辛料 果物( ) その他( )

\*保育園で そば・ピーナッツの提供は行いません。

備考 (できる限り詳しくご指示下さいますようお願いいたします)

病院名 Tel

担当医師名 印