

食物アレルギー除去管理表

多治見ひまわり幼稚園 園長殿

対象となるお子様の名前 _____

対象となるお子様の生年月日 平成・令和____年____月____日

1. 診断名

- ①アトピー性皮膚病
- ②食物アレルギー

2. アナフィラキシー症状の有無

- ① あり 原因食品
(_____)
発生年月日 平成・令和 ____年 ____月 ____頃
- ② なし

3. 除去すべき食品

- ① 卵 (製品も含めて完全除去 ・ 製品は可だがそのものは除去)
- ② 乳 (製品も含めて完全除去 ・ 製品は可だがそのものは除去)
- ③ 小麦 (製品も含めて完全除去 ・ 製品は可だがそのものは除去)
- ④ そば
- ⑤ 落花生
- ⑥ その他 (_____)

※ 詳細についてはご相談ください。

4. 原因食品摂取時に考えられる症状

- ① ショック症状
- ② 皮膚症状
- ③ 呼吸器症状
- ④ 消化器症状
- ⑤ その他 (_____)

5. 原因食品摂取時に症状が出た場合の対応方法がありましたらご記入ください。

令和____年____月____日

医療機関名： _____

担当医師名： _____ (印)

※本指示書の内容に関しては、一定期間ごとの再評価が必要です。