

# アレルギー除去指示書

認定こども園 ひかり GreenWell

		該当する食品の《 》内に○を記載してください	除去食品で摂取不可能なもの	
クラス	組	《 》 鶏卵	卵殻カルシウム	
ふりかな		《 》 牛乳・乳製品	乳糖	
児童名		《 》 小麦	醤油・酢・麦茶	
食物アレルギー 病型	1 即時型	《 》 大豆	大豆油・醤油・味噌	
	2 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎	《 》 ソバ		
	3 その他（新生児消化器症状・口腔アレルギー症候群 食物依存性運動誘発アナフィラキシー・その他）	《 》 ピーナッツ		
アナフィラキシー 病型	1 なし	《 》 ゴマ	ゴマ油	
	2 食物（原因：）	《 》 ナッツ類*（すべて・クルミ・アーモンド・）		
	3 その他（食物依存性運動誘発アナフィラキシー・）	《 》 甲殻類*（すべて・エビ・カニ・）		
症状	1 皮膚症状（赤くなる・発疹・かゆみ・蕁麻疹・その他：）	《 》 軟体類・貝類*（すべて・イカ・タコ・）		
	2 消化器症状（嘔吐・下痢・その他：）	《 》 魚卵*（すべて・タラコ・シシャモ・）		
	3 呼吸器症状（咳・くしゃみ・呼吸困難・その他：）	《 》 魚類*（すべて・サバ・ちりめんじゃこ・練り製品・）	かつおだし・いりこだし	
	4 ショック症状（なし・あり）	《 》 肉類*（鶏肉・牛肉・豚肉・）	エキス	
	5 その他（）	《 》 果物類*（キウイ・バナナ・モモ・）		
アレルギーを 起こした時の 対処方法	1 内服薬 なし ・ あり （）	《 》 その他（）		
	2 外用薬 なし ・ あり （）	記載日	平成 年 月 日	
	3 エピペン	医療機関 ・ 主治医	医療機関名	
除去期間	今後おおよそ ヶ月		住所	
食物・食材を 扱う活動	1 管理不要 2 保護者と相談し決定		電話番号	
緊急連絡先	保護者氏名（）（父・母・その他） 電話：		主治医	印
		* 緊急時の電話対応（受け入れできる ・ 受け入れできない）		