

給食アレルギー対応食指示書

令和 年 月 日

認定こども園市貝たいよう幼稚園長 様

病院・医院名 _____

医師名 _____

電話番号 _____

こども園の給食を実施する際、注意が必要ですので次のように指示します。

氏名	生年月日	平成 年 月 日(歳)	男・女
除去の程度	原因食品		
完全除去			
少量なら可			
加熱すれば可			
	即時型反応： <input type="checkbox"/> ショック <input type="checkbox"/> 咳き込み <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 嘔吐・腹痛		
摂取した場合に出現する症状	<input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 蕁麻疹		
(出現する可能性のある症状)	非即時型反応： <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 掻痒感 <input type="checkbox"/> 下痢		
	その他 ()		
摂取した場合の対処法 緊急の対応	①内服薬：() ②外服薬：() ③その他：()		
その他(注意点等)			

認定こども園市貝たいよう幼稚園