

食物除去の指示書

茂木中央認定こども園

名前 _____ (男 ・ 女)

生年月日 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

診断名 _____

1. 以下の食物の除去をお願いします。(該当する食物に○)

① 卵 (卵黄・卵白) ② 牛乳 ③ 小麦 ④ そば

⑤ ピーナッツ ⑥ その他 (_____)

備考： アレルギー用ミルクの使用 必要 (商品名 _____)・不要
醤油の使用 可・不可

2. アナフィラキシー症状の既往 (該当するものに○)

あり なし

「あり」の場合：原因食物 _____
発生年月 平成・令和 _____ 年 _____ 月

3. 原因食物摂取時に症状が出現した場合の対応方法 (該当するものに○)

① 内服薬 (_____)

② 自己注射 (エピペン 0.3 mg ・ 0.15 mg)

③ 医療機関受診

医療機関名 _____

電話番号 _____

4. 除去の解除に関しては、担当医の指導のもと複数回摂取しても症状があらわれない場合別紙 「除去解除申請書」において解除することを認めます。

5. 本指示書の内容に関して、6カ月・12カ月後に再評価が必要です。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

電話番号

医師名

印

除去解除申請書

令和 年 月 日

園児名 _____

「食物アレルギー除去食確認表」において、除去していた

(食品名: _____)

に関して、医師の指導のもと、これまでに複数回食べて症状が
誘発されていないので、園における完全解除をお願いします。

保護者名 _____

印