

## 食物アレルギー給食対応申込書

令和 年 月 日

登別市福祉事務所長 様

保護者 住 所 登別市 町 丁目 番地  
氏 名

食物アレルギーによる除去食等の提供について診断書等を添えて申し込みます。

## 記

児童名			生年月日	年 月 日
1 診断名等	診断名		医療機関	
	診断日	年 月 日	発 症	歳 カ月
	診断経過			
2 原因食品	食品名等			
3 症 状	・吐き気 ・嘔吐 ・下痢 ・アトピー性皮膚炎 ・じん麻疹 ・喘息発作 ・アレルギー性鼻炎 ・アレルギー性結膜炎 ・その他 ( )			
	アナフィラキシーショックの既往症： ・有 ・無 緊急時の対応を具体的に ( )			
4 薬の使用	薬の使用： ・有 ・無 有の場合：薬品名 ( )			
5 食事制限 期 間	・今後6ヶ月後 ・1年位 ・2年位 ・その他 ( )			
6 医療機関 での受診	・1ヵ月ごと ・3ヵ月ごと ・その他 ( )			
7 緊急時の 連絡先	氏 名：( ) 続柄：( ) 勤務先：( ) 電話番号：( ) 携帯電話番号：( - - )			
8 備 考				