

食物アレルギー対応指示書

児童名: 生年月日: 年 月 日生 (男・女)

乳児等通園支援事業で給食等を実施する際、注意が必要です。下記のとおり指示します。

診 断 名			
除去の程度	原因食品と除去程度の詳細		
完 全 除 去			
加工食品に含まれる 程度なら可(少量可)			
その他			
摂取した場合に出現する症状 (出現する可能性のある症状)	☐ 掻痒感(かゆみ) ☐ じんましん ☐ 咳込み その他(	☐ 発疹 ☐ 嘔吐・腹痛 ☐ 呼吸困難	☐ 顔面紅潮 ☐ 下痢 ☐ ショック)
摂取した場合の対応方法 緊急時の対応 処方薬など			
アナフィラキシーの既往歴	☐ なし ☐ あり	(原因食品:) (最終発生年月日: 年 月 日)	
その他 (園での生活上で 配慮の必要が あることなど)			

※本指示書の内容については、()か月後に再評価が必要です。

年 月 日

医療機関名
(電話番号)

醫師名