

食物アレルギー申請書

令和 年 月 日

児童氏名	生年月日
	令和 年 月 日

(1) 除去食依頼 ※医師に記入依頼をお願いします

上記の園児はアレルギー疾患があり、家庭で除去療法を行っています。園での集団生活においても可能な限り除去食を継続していただきたいのようしくお願い致します。

①除去すべき食品

卵 ・ 大豆 ・ 小麦 ・ 牛乳、乳製品

その他の物があれば具体的に記載してください。

()

②期間 (該当するものに○をつけてください)

今後 (3ヶ月 ・ 6ヶ月 ・ 9ヶ月 ・ 12ヶ月) まではこのとおりです。

医療機関及び医師名 印

(2) 除去食解除願い ※保護者の方がご記入ください

解除内容 (必ずご家庭で試してからご記入ください)

--

保護者名 印