

食物アレルギー対応食 申込書

令和 年 月 日

保護者名: _____ 印

食物アレルギー対応食を医療機関の検査結果表を添えて、下記の通り依頼します。

児童名		生年月日	
<p>食物アレルギーを引き起こす食べ物に☑をつけて下さい。 ()内には必要と思われる食物除去の程度を下記より選択して記入して下さい。 原因食物が複数の場合は、それぞれ記入して下さい。</p> <p style="margin-left: 20px;">* 食物・加工食品についても厳格に除去→(1) * 食物は除去。加工品は食べても可→(2)</p> <p style="text-align: right;">〔例: □たまご(2) □牛乳(1)〕</p> <p>□たまご() □牛乳() □小麦() □大豆() □米() □肉類 「 」() 「 」() 「 」() □卵類 「 」() 「 」() 「 」() □その他 「 」() 「 」() 「 」()</p>			
<p>食物アレルギーによって起こったことのある症状、起こる可能性がある症状に○をつけて下さい。</p> <p>①皮膚の症状 ・かゆみ ・じんましん ・水ぶくれ ・赤み ・涙</p> <p>②消化器の症状 ・腹痛 ・気持ち悪さ ・嘔吐 ・下痢</p> <p>③呼吸器の症状 ・くしゃみ ・しわがれ声 ・鼻水鼻づまり ・息がしにくい ・喘鳴(ぜーぜー)</p> <p>④全身の症状 ・アナフィラキシー(皮膚・呼吸器・消化器などの症状が重なる) ・アナフィラキシーショック(ぐったり・意識がない・血圧の低下)</p>			
<p>通院・入院で治療したことがありましたら、原因となった食物と症状をお知らせ下さい。</p>			
<p>薬の使用 有 ・ 無 (お薬の名前: _____)</p>			
<p>医療機関への受診状況 (いずれかに○) ・毎月 ・3～6ヶ月 ・1年おき ・その他(_____)</p>			
<p>緊急時受診医療機関名</p> <p style="text-align: right;">TEL: _____</p>			
<p>その他、児童のアレルギー管理で注意点・ご希望がありましたらお書きください。</p>			