

利用申込児童の状況書(No.2)

該当する項目に○、又は□にレをいれてください

児童氏名				
アレルギー	食品の摂取制限・禁止	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり	下表に制限の具体的な内容をご記入ください。	
	アナフィラキシーショック	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり	一番最近、発作を起こした時期 年 月頃 歳頃 具体的な状況 ( )	
	エピペンの所持	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり	使用歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 一番最近の使用時の具体的な状況 年 月頃 歳頃 ( )	
	アレルギーについて、医師の指示、診断	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり	(医療機関名： )	
	アレルギー原因物質	除去の程度		
		飛沫、又は工場ライン (※○○由来成分、○○を含む、○○を含む製品と共通の設備で製造している食品。)	① <input type="checkbox"/> 可 (①の場合は、③へ)	( )
			② <input type="checkbox"/> 不可 (※不可の場合、状況について、詳しくお書きください)	
		③ 可のものに○	( 加工品 ・ 調味料 ・ つなぎ )	( )
		小麦の場合、粘土→ <input type="checkbox"/> 可	その他 ( )	( )
		飛沫、又は工場ライン (※○○由来成分、○○を含む、○○を含む製品と共通の設備で製造している食品。)	① <input type="checkbox"/> 可 (①の場合は、③へ)	( )
		② <input type="checkbox"/> 不可 (※不可の場合、状況について、詳しくお書きください)		
	③ 可のものに○	( 加工品 ・ 調味料 ・ つなぎ )	( )	
	小麦の場合、粘土→ <input type="checkbox"/> 可	その他 ( )	( )	
	飛沫、又は工場ライン (※○○由来成分、○○を含む、○○を含む製品と共通の設備で製造している食品。)	① <input type="checkbox"/> 可 (①の場合は、③へ)	( )	
		② <input type="checkbox"/> 不可 (※不可の場合、状況について、詳しくお書きください)		
	③ 可のものに○	( 加工品 ・ 調味料 ・ つなぎ )	( )	
	小麦の場合、粘土→ <input type="checkbox"/> 可	その他 ( )	( )	
かかりつけ医		クリニック ・ 医院 ・ 病院 (所在地： 市)		
備考	*健康上、発育上のこと等、伝えたいことがありましたらお書き下さい。			

\*アレルギーの原因物質が、主食・調味料に関わる食材の場合やアナフィラキシーを起こす可能性がある場合には、主食の持込みやお弁当持参となる場合があります。