

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
			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 ・加工品 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	・調味料 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	・つなぎ <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
	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 ・加工品 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	・調味料 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	・つなぎ <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
	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 ・加工品 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	・調味料 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	・つなぎ <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
	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ことがあります。