

食物アレルギーの有無に関わらず、該当する個所に記入してください。
裏面の「同意事項」欄もご確認願います。

(裏面があります)

5 過去には除去を行っていたが、現在は食べることが可能になった食品はありますか？

☐ いいえ ☐ はい → 食物名（ ）

6 原因食品を食べたことで、アナフィラキシー（※）を起こしたことはありますか？

☐ いいえ ☐ はい → ・回数（ 回） ・最終の発病年月（ 年 月）
・原因（ ）
・症状（ ）

※アナフィラキシー

食物を食べた後、じんま疹などの皮膚症状、更に呼吸困難や血圧の低下、意識障害などのショック症状が急激に進行し、生命の危機に陥ります。一刻も早く治療しなければならぬ危険な状態です。

7 食事制限の期間はどのくらいですか？

☐ 今後6カ月 ☐ 1年くらい ☐ 2年くらい ☐ その他()

8 医療機関への受診について

☐ 1カ月ごと ☐ 3か月ごと ☐ その他（ ）

9 症状が現れた場合、受診する医療機関を記入してください。

※主治医の了承を得るようお願いします。

医療機関名

主治医氏名

医療機関 住所

電話番号

10 同意事項

保育所における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、記載された内容について、えりも町、医療機関及び保育所運営に係る関係者で情報を共有することに同意します。

令和 年 月 日

保護者名