食物アレルギー連絡票

記入日　　年　　月　　日

利用児童　氏名　　生年月日　　年　　月　　日生

性別　（男・女）

保護者　氏名

除去食を指示された医療機関名

☆以下の表の各欄に〇印と必要事項を記載して下さい

食品名		除去	詳細な内容	症状・病型の分類
卵	生卵・マヨネーズ			口腔型・じんましん型・アナフィラキシー型・血液検査上
	卵料理 （卵焼き・茶わん蒸し等）			口腔型・じんましん型・アナフィラキシー型・血液検査上
	つなぎに卵を使った食品 （ハンバーグ、ソーセージ等）			口腔型・じんましん型・アナフィラキシー型・血液検査上
牛乳 乳製品	牛乳・生クリーム			口腔型・じんましん型・アナフィラキシー型・血液検査上
	乳製品（ヨーグルト、チーズ等）			口腔型・じんましん型・アナフィラキシー型・血液検査上
	つなぎに牛乳を用いた食品 （ケーキ、クッキー等）			口腔型・じんましん型・アナフィラキシー型・血液検査上
大豆	大豆製品 （豆腐、もやし等）			口腔型・じんましん型・アナフィラキシー型・血液検査上
	大豆油（ツナ缶、マーガリン等）			口腔型・じんましん型・アナフィラキシー型・血液検査上
	調味料（味噌、醤油等）			口腔型・じんましん型・アナフィラキシー型・血液検査上
小麦	小麦を使用した加工品 （パン、麺等）			口腔型・じんましん型・アナフィラキシー型・血液検査上
その他				口腔型・じんましん型・アナフィラキシー型・血液検査上
				口腔型・じんましん型・アナフィラキシー型・血液検査上
				口腔型・じんましん型・アナフィラキシー型・血液検査上
				口腔型・じんましん型・アナフィラキシー型・血液検査上
				口腔型・じんましん型・アナフィラキシー型・血液検査上
				口腔型・じんましん型・アナフィラキシー型・血液検査上
				口腔型・じんましん型・アナフィラキシー型・血液検査上
				口腔型・じんましん型・アナフィラキシー型・血液検査上