食物アレルギー連絡票

記入日　H　　年　　月　　日

利用児童　氏名　　生年月日　H　　年　　月　　日　　生

保護者　氏名　　性別　（ 男・女 ）

除去食を指示された医療機関名：

★以下の表の各欄に○印と必要事項を記載してください

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	不要	必要		□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、茶碗蒸しなど）	不要	必要		□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、ソーゼージなど）	不要	必要		□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	不要	必要		□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 （チーズ、ヨーグルトなど）	不要	必要		□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、クッキーなど）	不要	必要		□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、もやしなど）	不要	必要		□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、マーガリンなど）	不要	必要		□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、醤油など）	不要	必要		□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、麺など）	不要	必要		□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		不要	必要		□腔型 ・ じんましん型 ・ アナフィラキシー型 ・ 血液検査上
		不要	必要		□腔型 ・ じんましん型 ・ アナフィラキシー型 ・ 血液検査上
		不要	必要		□腔型 ・ じんましん型 ・ アナフィラキシー型 ・ 血液検査上
		不要	必要		□腔型 ・ じんましん型 ・ アナフィラキシー型 ・ 血液検査上
		不要	必要		□腔型 ・ じんましん型 ・ アナフィラキシー型 ・ 血液検査上
		不要	必要		□腔型 ・ じんましん型 ・ アナフィラキシー型 ・ 血液検査上
		不要	必要		□腔型 ・ じんましん型 ・ アナフィラキシー型 ・ 血液検査上
		不要	必要		□腔型 ・ じんましん型 ・ アナフィラキシー型 ・ 血液検査上